

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS Cotiporã,
Cotiporã / RS**

Rodolfo Reyes Cruz

Pelotas, 2015

Rodolfo Reyes Cruz

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS Cotiporã,
Cotiporã / RS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Saúde da Família – Modalidade à
Distância – UnaSUS/UFPel, como
requisito parcial para a obtenção do título
de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Mateus Casanova dos Santos

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

C957m Cruz, Rodolfo Reyes

Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS
Cotiporã, Cotiporã/RS / Rodolfo Reyes Cruz; Mateus Casanova dos
Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da
Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de
Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Mateus Casanova
dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse Trabalho a minha família, pelo apoio incondicional que no dia a dia recebi deles para assim poder continuar trabalhando neste grande país, contribuindo a melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.

Agradecimentos

Agradeço à Secretária de Saúde do município de Cotiporã pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à Coordenadora da Unidade Básica de Saúde, à equipe de saúde toda, aos gestores. Em especial, ao meu orientador do curso, Mateus, pelo apoio incondicional oferecido neste período onde aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão. Também, agradeço aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, que sem eles quase teria sido impossível executar o projeto intervenção no contexto da prática.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Cotiporã	59
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cotiporã	59
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	60
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	61
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	62
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	63
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	63
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	64
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	65
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	65
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	66
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	67
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	67
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	68
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	69
Figura 17	Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	70
Figura 18	Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável	70
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	71
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular	71
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	72
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	72
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	73
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	73

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

RESUMO

CRUZ, Rodolfo Reyes. **Melhoria da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS de Cotiporã, Cotiporã / RS.** 92f. – Trabalho de conclusão de curso Programa de Pós-Graduação em Saúde de Família - Modalidade à Distância. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes e hipertensão causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde, pelo que é importante manter os cuidados dos usuários que sofrem destas doenças. O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS de Cotiporã, em Cotiporã, RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu em dez e seis semanas e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou *Diabetes Mellitus*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM 2013 e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A Unidade de Saúde é rural e está estruturada sobre um antigo hospital do município Cotiporã, RS. A intervenção emerge no momento em que o Serviço tem registros de monitoramento desatualizados e nem toda a população-alvo tem fichas espelho, a cobertura dos programas para usuários hipertensos 415 (67%) e diabéticos 63 (36%). Este é o contexto pré-intervenção. No indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde obteve-se no mês 1 da intervenção 39,8% (237), no mês 2 46,6% (278), no mês 3 85,9% (512) e no mês 4 96,5% (575). No indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético no mês 1 desenvolveu-se 34% (50), no mês 2 36,7% (54), no mês 3 52,2% (60) e no mês 4 69,6% (101). Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis, como a HAS e DM, inclusive divulgadas pela rádio local. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham distanciamento sobre o conhecimento da doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como aplicação adequada na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com consequente melhora da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 06 ago. 2014.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional em 01 nov. 2014.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos	27
2.2.3 Metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	81
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências	85
Apêndices.....	87
Anexos.. ..	90

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS Cotiporã, Cotiporã / RS.

O texto está organizado em momentos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo Curso em Unidades de Aprendizagem conforme demonstrado a seguir: passamos pela a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências, anexos e os apêndices, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1. Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 06 ago. 2014

A Unidade Básica de Saúde de Cotiporã têm duas equipes de Saúde da Família para atendimentos de quase quatro mil habitantes. A equipe de saúde Nossa Sra. Aparecida onde atuo, está com posta por dois médicos (um que trabalha 20 horas na semana e o médico do Programa Mais Médico trabalha 40 horas na semana), um enfermeiro (40 horas na semana), duas técnicas de enfermagem (40 horas na semana) e quatro agentes de saúde. Esta equipe não possui equipe de saúde bucal visto que na outra equipe de saúde da família têm equipe de saúde bucal modalidade 1 que atende 100 % da população.

Na UBS são desenvolvidas as seguintes atividades: acolhimento com classificação de risco, pré-natal e puericultura, procedimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos, preservativos, exame citopatológico de colo uterino, grupos de educação em saúde, vacinas, planejamento familiar, tratamento odontológico e visita domiciliar, reunião de equipe e consultas (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, odontologista, terapeuta ocupacional).

A comunidade, de forma geral, é descendente de italianos e é muito idosa. A maioria não têm hábitos alimentares adequados porque se percebe consomem muita carne de porco, vaca e frango e não tem percepção do risco. Devido a isto, as doenças mais comuns são de origem crônica não transmissível, como: hipertensão arterial, cardiovasculares, *diabetes mellitus*, hipercolesterolêmicas, hiperuricemias e obesidades.

Algumas pessoas vivendo com doenças crônicas não transmissíveis sofrem descompensações porque deixam de tomar os medicamentos quando

percebem alguma melhora, ou por crenças erradas, e desconhecem as complicações que podem acontecer. No momento, tem muitos usuários com incapacidades físicas motoras devido a sequelas de doenças cerebrais causadas por hipertensão arterial descompensada. Muitos usuários com antecedentes de infartos do miocárdio, outros com diabetes mellitus que não fazem dieta.

Também posso perceber que têm muitos usuários que utilizam medicamentos controlados, antidepressivos e para ansiedades, por doenças psicológicas e psiquiátricas, ansiedade, depressão, esquizofrenias e insônia. Têm usuários que tiveram doenças de transmissão sexual (DST). Muitos deles são pessoas que chegam de outras cidades já com essas doenças. Até agora não existe história de usuário com tratamento para doenças transmissíveis, como hanseníase e tuberculose em nenhuma de suas formas clínicas.

A gravidez não constitui problema algum em relação com a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade materna, sabendo que as duas taxas ficam desde o ano de 2008 em zero por cento até agora. Quando observamos a taxa de natalidade, ela não é boa.

Com respeito ao rastreamento e monitoramento das neoplasias de mama e do colo de útero, temos que dizer que muitas mulheres da comunidade não conhecem como fazer um autoexame de mama, sempre vem para fazer ecografia de mama e não conhecem os riscos deles quando têm exposição às radiações deste procedimento diagnóstico, não sendo assim com o exame citopatológico de colo do útero.

O programa de vacinas é ótimo. Percebemos que as crianças tem uma cobertura de 100 % no município. Com a vacina BCG foram vacinados no ano 2013, 25 crianças, com a vacina Penta valente foram vacinados 27 crianças até os 6 meses de idade, totalizando 100% de cobertura. Já, com a vacina contra a febre amarela foram vacinados 33 crianças até os 9 meses de idade , tendo 100 %. Com a tríplice viral foram vacinados 34 crianças até 1 ano de idade, perfazendo 100 % de cobertura. Com a vacina meningocócica foram vacinados 26 crianças até 2 anos de idade, tendo 100% de cobertura. Com a vacina rotavírus humano foram vacinadas 22 crianças, tendo cobertura de 100%. No caso das vacinas dos idosos na campanha de vacinação contra a Influenza foram aplicadas 600 doses de 942 idosos que tem registrados pelos Agentes

Comunitários de Saúde no município. Neste sentido, percebe-se grande parte da população em dia com os esquemas vacinais. A comunidade tem conhecimento sobre a importância da vacinação. Algumas pessoas recém chegadas, que vem para morar no município, é quem não tem todas as doses de algumas vacinas.

O seguimento da puericultura para as crianças de 0 a 12 meses é muito adequado e as mães são muito preocupadas por assistir as consultas planejadas/programadas. Também, o seguimento das usuárias grávidas (gestantes) que realizam o pré-natal na unidade de saúde, é muito bom.

Há grupos compostos por: gestante, tabagismo, promoção de saúde e convivência. Há academia da saúde: nutricionista e fisioterapeuta. Há grupo de promoção na unidade e em comunidades do interior, oficinas de saúde nas escolas, pesagem e medição de escolares, avaliações domiciliares. Na Saúde Mental, há psicólogo, terapeuta ocupacional e acompanhamento terapêutico por matriciamento.

Na Vigilância em Saúde, há enfermeiro, agente de combate a endemias e fiscal sanitário, ações de prevenção em saúde, ações educativas quanto á manipulação adequada de alimentos e controle de contaminação da água.

No acompanhamento domiciliar, há atenção aos restritos ao leito, ao domicílio, tendo deficiência física e mental, incluindo o isolamento social.

Junto ao Programa de educação permanente, há atividades mensais. Exemplos: campanhas de vacinação, de combate ao uso abusivo de drogas e mais.

Observo algumas fragilidades, tais como: (1) estruturar o setor de vigilância em saúde; (2) protocolar o quadro básico de remédios em concordância com as doenças mais prevalentes; (3) comunicação entre referência e contra referência; e, (4) atenção de média e alta complexidade à saúde.

Penso que a equipe administrativa da Unidade de Saúde e as principais autoridades do município têm uma grande fortaleza porque tem unidade, planejamento das atividades para realizar e cumprem com os objetivos proposto para melhorar o estado de saúde da população.

1.2 Relatório de Análise Situacional em 01 nov. 2014

Cotiporã é um município do estado Rio Grande do Sul, no Brasil, é denominada "a Joia da Serra Gaúcha", devido à beleza de suas joias, fabricadas em diferentes fábricas da cidade, possui uma área de 183,54 km², sua população em 2007 era de 4 577 habitantes. (dados baseado do registro da prefeitura, ano 2013) tem característica rural. A maioria da população é descendente de italianos e mora no interior do município com uma população envelhecida, e baixa taxa de natalidade, a principal fonte de produção é o vinho de uva e suco de uva. A atenção de saúde é feita numa Unidade Básica de Saúde (UBS), com 2 Estratégias Saúde da Família (ESF), Nossa Sra. De Saúde e Nossa Sra. Aparecida e uma equipe de apoio a saúde da família, conhecido como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os usuários têm acesso a exames complementares coletando três vezes por semanas, ou seja, exames de rotina que são feitos no próprio município. Outros exames, mais especializados, são feitos em outros municípios (Veranópolis, Bento Gonçalves, Nova prata, Caxias do Sul e Porto Alegre) como tomografias computadorizadas e ressonância magnética, eletroencefalograma, ecografias, eletromiografia. Estes exames são marcados pelo SUS sempre que existam vagas. A marcação é feita todo o mês. O município tem acesso às consultas especializadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e poucas vezes demoram mais de 30 dias. Identifica-se como mais difícil as consultas para ortopedista, pneumologia, alergologia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, infectologia, gastroenterologia, traumatologia, oncologia e cirurgia.

A UBS de Cotiporã, do município Cotiporã, RS, tem um área de abrangência para uma população total de 3917 pessoas, com uma distribuição da população por sexo 2033 homens, 1884 mulheres, (dados baseado do registro da prefeitura do ano 2014), há para o atendimento duas equipes de saúde da família (ESF NOSSA SRA. DE SAÚDE e ESF NOSSA SRA APARECIDA). A ESF Nossa Sra. de Saúde está composta por três médicos clínicos gerais, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes de saúde, um dentista, uma técnica odontológica e uma equipe de NASF. A ESF Nossa Sra. Aparecida, onde eu trabalho está composta por dois médicos (um que trabalha 20 h na semana e eu que trabalho 40 h na semana), um

enfermeiro (40 h na semana), duas técnicas de enfermagem (40 h na semana) e quatro agentes de saúde. Nesta equipe não possui equipe de saúde bucal visto que na outra equipe de saúde da família têm equipe de saúde bucal modalidade 1 que atende 100 % da população. Na UBS tem três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala de acolhimento, uma sala de vacinas, uma sala de espera, uma área de admissão, uma sala de emergências, uma sala de fisioterapia, um consultório odontológico, um consultório de fonoaudióloga, sala de NASF, uma farmácia e uma sala de reuniões. Em relação à construção, não existem problemas neste momento, não tem rachaduras e infiltrações. Na UBS é desenvolvido a Acolhimento onde tem classificação de risco, pré-natal e puericultura, procedimento ambulatorial, dispensação de medicamentos, preservativos, exame cita patológico de colo uterino, grupos de educação em saúde, vacinas, planejamento familiar, tratamento odontológico e visita domiciliar, reunião da equipe e consultas (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, odontologista, terapeuta ocupacional). Na UBS tem disponibilidade de testes diagnósticos de glicemia, teste rápidos de gravidez, teste rápido para HIV, teste rápido de sífilis, teste rápidos para detecção de alterações patológicas na urina.

A UBS é rural tem um bom vínculo com as instituições de ensino, tem um bom apoio da prefeitura, com um modelo de atenção tradicional. A população não tem a característica de ser muito carente como em outras realidades que já observei na minha experiência. A maioria da população é descendente de italianos e a principal fonte de aquisição de dinheiro para a população é a coleta de uvas para a produção de vinho e sucos. Observa-se que são frequentes as doenças crônicas não transmissíveis: como hipertensão (HAS), diabetes mellitus (DM), Cardiopatia Isquêmica (CI), alterações do metabolismo dos lipídios (hipercolesterolêmicas). Há consumo de grandes quantidades de carnes vermelhas. Em certa medida, isto os acomete de hiperuricemia. Também, é frequente os acidentes, intoxicações por produtos químicos, câncer de pele, câncer do pulmão, câncer de colo de útero e de mama nas mulheres. Há um clima muito ruim com muitas mudanças do tempo e são frequentes as doenças respiratórias, digestivas. É muito comum as doenças neurológica, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e tem baixa natalidade. Alguns portadores de doenças crônicas não transmissíveis

sofrem descompensações porque deixam de tomar os medicamentos quando percebem alguma melhora, ou por crenças erradas, e desconhecem as complicações que podem acontecer. No momento tem muitos usuários com incapacidades físicas motoras devido a sequelas de acidentes cerebrovasculares por hipertensão descompensadas, muitos usuários com antecedentes de infartos do miocárdio e outros com DM que não fazem uma dieta adequada. Existem muitos usuários dependentes das drogas, álcool, na maioria homens, e algumas mulheres, já apresentam cirrose hepática e outras complicações sociais, como famílias separadas, mães solteiras, pessoas idosas abandonadas, adolescentes com problemas psicológicos. Existem muitos usuários que consomem medicamentos controlados, por problemas psicológicos e psiquiátricos, ansiedade, depressão, síndrome do pânico esquizofrenias e insônia.

Em relação ao programa de vacinação, a cobertura populacional é boa, em crianças de 0 até 12 meses temos 24 com 100% de cobertura, em crianças de 13 meses até 5 anos de idade 120 com 100 % de cobertura os idosos fazem vacina pelas campanhas e as grávidas são vacinadas dependendo das necessidade mas todas são vacinadas, e a restante da população estão em dia com o esquema vacinal. A comunidade tem conhecimento sobre a importância da vacinação. Algumas pessoas recém-chegadas, que vem para morar no município, é quem não tem todas as doses de algumas vacinas.

A UBS tem uma estrutura muito boa. Recentemente foi remodelada e com manutenção, as paredes são de qualidade, as portas cobertas, janelas com proteção, um corredor bem amplo com mobiliário novo, inaugurada recentemente pela prefeitura municipal. Tem uma boa acessibilidade para a população idosa. Penso que os trabalhadores de saúde e as principais autoridades do município têm uma grande tarefa a realizar, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, começando por uma organização dentro da própria Unidade Básica de Saúde (UBS) nas práticas de saúde, com o planejamento adequado das ações, como educar a população desde o funcionamento do serviço, com consultas programadas (agendamento), diminuindo a demanda espontânea, até o cuidado da própria saúde. No município Cotiporã tem só uma UBS e tem cinco médicos especializados com médico geral trabalhando em Atenção Básica em Saúde. Eu percebo que a

demanda espontânea é muito grande e há sempre bom acolhimento. Na UBS sempre tem dois médicos das 07:30 h até 21:30 h. Os usuários são atendidos nestes horários. Depois fica ali de plantão uma enfermeira e um motorista pronto caso haja alguma emergência e precise de atendimento urgente. A consulta agendada é para os usuários com doenças crônicas que precisam de acompanhamento. No caso de pré-natal, puericultura, e alguns pacientes que sofrem de hipertensão, diabetes que são agendados pelos agentes comunitários de saúde. Toda a equipe participa do acolhimento dos usuários quando chegam. Eles são acolhidos pela recepcionista e encaminhados para a sala específica de acolhimento onde os usuários são acolhidos pela enfermeira. Na UBS não tem a equipe de acolhimento, mas o acolhimento, na rotina do serviço, é feito pela recepcionista e a enfermeira. O acolhimento é realizado em todos os dias de trabalho na UBS e é realizado em todos os turnos de atendimento da UBS. O tempo, em média, até que usuário tenha suas necessidades acolhidas, é de mais de dez minutos até 15 minutos. Considero bom, pois não tem muita demora. A equipe de saúde conhece a avaliação e classificação do risco biológico para definir o encaminhamento dos usuários. No horário da manhã e da tarde a recepcionista recebe os usuários em conjunto com auxiliar de enfermagem. Eles são orientados e encaminhados para os serviços que presta a UBS. O atendimento à demanda imediata, atendimento prioritário são feitos por o enfermeiro e os médicos segundo seja o caso. Os usuários com problemas de saúde agudos solicitam o atendimento e tem uma primeira avaliação pela enfermeira. Assim, elas fazem uma avaliação dos sintomas presente nos pacientes e segundo o problema encaminha para o médico. Todos os usuários que solicitem atendimento por problemas agudos no dia recebem o atendimento na UBS.

Eu percebo que na UBS a demanda é muito grande, mas tem atendimentos em menos de trinta minutos para os usuários com doenças agudas. Na UBS os usuários solicitam atendimento com dentista e tem no consultório odontológico todo o material do trabalho que precisa para trabalhar. A demanda do odontólogo é para os usuários que residem na área de cobertura e têm atendimentos todos os dias e atende por consulta agendada e os usuários com problemas de saúde agudos são atendidos no dia.

Uma das tarefas prioritárias que temos os profissionais da Atenção Básica de Saúde é atenção à Saúde da Criança. Sabemos que uns dos indicadores mais importantes para avaliar a qualidade da saúde de uma população específica, de uma localidade, de uma nação é a mortalidade infantil. Por enquanto, devemos trabalhar intensamente neste programa. A cobertura de Saúde da Criança na minha UBS não é boa porque não todas as crianças até 2 anos foram acompanhadas no últimos seis meses. Tem registradas 23 crianças de 0-12 meses e só 8 (34%) fazem puericultura e 26 crianças até os 2 anos na área da abrangência e só 6 (23%) que fazem o atendimento na UBS. Os meninos de 12 meses e mais se não fazem puericultura porque na realidade não tem costume deste hábito. Porém, a mãe das crianças de 0 a 12 meses tem geralmente preocupação por assistir as consultas programadas. Para melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança em a UBS precisamos: que todos os profissionais conheçam a importância deste programa, situação real no município, e que todos são partes importantes para obter um bom resultado final. Ou seja, comprometê-los na atenção da criança, conveniar pelo SUS as vagas para fazer triagem auditiva a todas as crianças em conjunto com a Secretaria de Saúde, conhecer ainda mais a realidade de todas as crianças da área da abrangência, situação de saúde, situação familiar, entre outros problemas que possam afetar a saúde deles. Também, registrar na UBS os problemas no crescimento, desenvolvimento em cada consulta, sabendo assim qual deles precisa maior atenção por parte da equipe e ter atualizado mensalmente o registro com todos os dados necessários para uma melhor avaliação do programa e melhor atendimento e seguimento das crianças, devemos trabalhar mais na educação em saúde. Incorporar maior quantidade de mães nas atividades, educá-las ainda mais na importância da realização da triagem auditiva, teste de pezinho, importância do aleitamento materno, prevenção de acidentes, sinais e sintomas de alarme de algumas doenças, na reunião mensal da equipe devemos tratar como tema de importância o seguimento das crianças, avaliar a qualidade do atendimento delas, revisar se na realidade assistem regularmente as consultas de puericultura, atualizar o registro segundo os dados dos ACS e os dados da UBS, avaliar e monitorar o programa em conjunto com a Secretaria de Saúde, e avaliação da saúde bucal das crianças por o dentista da equipe de saúde.

A cobertura de pré-natal nesta UBS onde eu trabalho, segundo os dados de registro da enfermeira, que tem 12 grávidas é de 100%. Todas tem uma consulta de acompanhamento no mês, além que algumas fazem atendimento também em clínicas privadas. O maior problema é que algumas mulheres não iniciam o atendimento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez. Todas as vacinas são aplicadas às gestantes como orienta o protocolo de vacinação do Ministério de Saúde. Para melhorar o atendimento pré-natal deveríamos procurar uma captação das grávidas no primeiro trimestre da gravidez, a primeira consulta de gravidez seja feita em conjunto de um médico geral e a enfermeira que passa o acompanhamento do programa, para fazer uma avaliação integral das grávidas. Encaminhar a grávida na primeira consulta de acompanhamento para uma revisão pelo dentista e nutricionista, ter maior orientação das grávidas nos grupos de gestantes para fazer atividades de educação em saúde de maior qualidade, aumentar a participação do maior numero de gestantes. Também, aumentar a participação de todos os integrantes da equipe de saúde, e da família de forma geral, melhorar a qualidade da atenção das gestantes nas consultas, proporcionando que todas as gestantes façam todos os exames que precisam segundo o caderno de atenção pré-natal e ter registro de mulheres puérperas.

Nesta UBS o processo de trabalho relacionado com o controle do câncer de colo de útero e de mama não está organizado porque não tem o total das mulheres que fazem atendimento na UBS o número não esta certo. No município existe e está em andamento o programa de controle de câncer de colo de útero e de mama, no caso do grupo etário compreendido de 40 a 59 anos de idade tem registradas 549 mulheres e fizeram mamografia no período de junho/14- junho/15 370 representando um 67 % de mulheres com controle de câncer de mama, existe outro número delas que fazem o exame e seguimento nas clínicas privadas. Na UBS temos o registro dos exames citopatológico que são feito nela e tem um grupo que não se conhece o número porque não estão registradas, mas não acontece assim com exame de mama. A cobertura não é boa na realidade, conhecemos de mulheres que fazem seus estudos anualmente de mamografia, ultrassom de mama e tem seguimento por ginecologistas privados, e outras que fazem atendimento na UBS e são indicados os exames, mas não tem registros na UBS. Muitas delas que já

fizeram a mamografia não estão compreendidas nessas idades de 50 a 69 anos, não tem dados consistentes das mulheres que fazem exame de mamografia. A estimativa da faixa etária de 25 – 59 anos de idade é de 981 usuárias. Destas, 374 (38,1%) fazem citopatológico. Também, se percebe que não é feito como preconiza o programa do Ministério de Saúde (dados baseados no SIAB, 2014). Nas consultas fazemos conversas com as pacientes da importância de fazer exame de prevenção de câncer de colo de útero e da importância de fazer autoexame de mama, e fazer exame de mama nas consultas com o médico e o enfermeiro. Na UBS não tem um protocolo de atendimento para esta ação programática. Percebe-se que primeiro deveríamos fazer na UBS registro de controle das mulheres destas faixas etárias, ofertarem educação em saúde a todas as mulheres da comunidade, ainda mais nessas mulheres que tenham exame alterado, criar grupos de mulheres em contra do câncer de mama, acompanhamento e seguimento adequado das pacientes já diagnosticadas, tratar as que tenham seu tratamento oportunamente, que sejam avaliadas por uma equipe multidisciplinar para confirmação diagnóstica e posterior tratamento o mais breve possível. Garantir todos os cuidados que precise a evolução de sua doença.

Na UBS fazemos atendimento às doenças crônicas todos os dias da semana, incluindo a HAS e DM enquanto ação programática. Há atendimento agendado e atendimento não agendado e os pacientes que chegam com problemas agudos relacionados com estas doenças são atendidos e se precisa são encaminhados para o pronto atendimento hospitalar. Não temos registrado aos usuários que sofrem de hipertensão e diabetes melito, mas eles têm tratamento com medicamentos que são ofertados gratuitamente a UBS. Nos prontuários são preenchidos e identificados cada um dos fatores de risco, os medicamentos que estão usando e os dias que tiveram atendimento. Observando, não tem programado a próxima consulta. Só se estão descompensados da hipertensão arterial. Em quase todos os casos são acompanhados no período de seis meses, outros em três e muito poucos num ano, devido a que tem muitos fatores de risco cardiovascular ou já tem alguma sequela por lesão de órgão alvo produzido por estas doenças. Na área de abrangência temos registrados 415 usuários hipertensos e 63 diabéticos que

são os usuários acompanhados na UBS nos atendimento médico nos dias da semana. Na UBS, fazem-se atividades de educação em saúde, mas a participação deles é muito baixa. A maioria deles tem conhecimento das dicas que devem cumprir para ter uma evolução adequada das doenças, mas eles não cumprem estas medidas em muitos casos. Tem muitos usuários que já tem sofrido acidentes cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e têm insuficiência renal crônica, todos, na maioria dos casos, devido a não cumprir com as dicas orientadas. Entre elas não fazer tratamento adequado, porque quando sentem certa melhora abandonam o tratamento porque acham que já estão curados definitivamente ou, por preconceitos errados, que chegam a eles de alguma pessoa que não é profissional de saúde. Nesta perspectiva, eu proponho para melhorar a saúde dos pacientes que tem doenças crônicas um seguimento da daqueles usuários que tem risco de adoecer dentro dos fatores de risco que indicam a HAS e DM, assim como síndrome metabólica. Outra realização que poderíamos fazer é aumentar quantidade de atividades de educação em saúde, dentro e fora do âmbito da UBS com o fim de diminuir as complicações desta doença e modificar modos e estilos de vida da população. Também, envolver a toda a equipe no cuidado dos usuários diabéticos e na busca daqueles que podem sofrer diabetes ou busca de pacientes faltosos aos seguimentos agendados e nas atividades de educação em saúde. Ainda, melhorar os registros da UBS nesta interface de atendimento.

Na UBS não tem um registro do atendimento da pessoa idosa. Os dados foram encontrados nos prontuários clínicos do registro da população e o registro da vacinação. A saúde da pessoa idosa tem boa cobertura na UBS. Temos registrados pelos Agentes Comunitários de Saúde um total de 942 idosos no município e a maioria tem um atendimento nos últimos meses do ano, mas acredito que a maioria dos idosos tem atendimento e não estão registrados ou estão incompletos os cadastros. O principal é organizar o programa de saúde da pessoa idosa porque, de forma geral, os profissionais da equipe fazem o trabalho, o idoso tem atendimento médico e de enfermagem, também são visitados por ACS, enfermeiro e pelo médico. No caso do idoso que tem dificuldade para chegar até a consulta e os seis idosos acamados que temos registros, que tem alguma problemática da saúde aguda por suas doenças, são atendidos nas próprias residências, embora tenham que

ser transportados para a UBS ou encaminhados para internação hospitalar ou pronto socorro. Devemos fazer prioridade na realização de atividades educativas com grupos de pessoas idosas e familiares com a finalidade de primeiro, encerrar a esses idosos a sociedade, ensinar a cuidar de sua saúde a eles e seus familiares, fazer avaliação multidimensional rápida a todos os idosos da comunidade e preenchê-las no prontuário de saúde, ter um registro com os dados necessários da atenção da pessoa idosa na UBS, fazer avaliação funcional, avaliação das atividades instrumentais de vida diária, e outras avaliações de todos os idosos da área da abrangência da UBS, obter uma unidade de toda a equipe para fazer um melhor desenvolvimento das atividades com as pessoas idosas.

A Saúde bucal também é outra atividade muito importante no atendimento na UBS para prever as doenças, como leucoplasias da mucosa bucal, cáries, higiene bucal e fazer atividades de promoção de saúde bucal. A média de procedimentos clínicos por habitante mês em relação a capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério de Saúde é boa, eles fazem 225 procedimentos correspondendo em 0,6% dos procedimentos e os parâmetro que preconiza o Ministério de Saúde é entre 0,4% e 1,6%.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Comparando o texto da situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, cheguei a conclusão que neste momento já tenho melhor conhecimento sobre a situação da minha UBS, sobre o processo de trabalho da minha equipe, sobre a saúde dos pacientes e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional proporcionou uma reflexão de toda a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas na unidade, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários e com isso, posso dizer que atualmente, em conjunto com as autoridades de saúde, a equipe de saúde tem resolvido algumas das

situações que existiam, mas ainda temos que continuar trabalhadas intensamente, para melhorar ainda mais a situação da ESF/APS no município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil, mas também que não é impossível, e em conjunto, os problemas e a diversidade de situações que aparecem no caminho poderiam ser resolvidas.

Enfim, posso dizer que temos outro olhar desde o início do trabalho na UBS até o momento e que este programa de especialização é muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais relevantes problemas de saúde pública do país, com prevalência entre 22,3% a 43,9%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos dependendo da população estudada, da região ou do critério diagnóstico utilizado (BRASIL, 2006b; COSTA *et al*, 2007; CESARINO *et al*, 2008; ROSÁRIO *et al*, 2009). O diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006a). A escolha da ação programática da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para o trabalho de intervenção por nossa equipe de Saúde na UBS do município de Cotiporã deu-se porque são doenças que tem alta incidência e prevalência com crescimento nos últimos meses das complicações cerebrovasculares, insuficiência renal aguda ou crônica e fica dentro das primeiras causas de morte no Brasil.

A UBS de Cotiporã, do município de Cotiporã, é rural e está estruturada sobre um antigo hospital, do município Cotiporã, RS. Ela foi remodelada e inaugurada há quatro meses. Na UBS tem três consultórios médicos, um consultório de enfermagem, uma sala de acolhimento, uma sala de vacinas, uma sala de espera, uma área de admissão, uma sala de emergências, uma sala de fisioterapia, um consultório odontológico, um consultório de fonoaudióloga, sala de NASF, uma farmácia e uma sala de reuniões. Em relação à construção, não existem problemas neste momento e não tem rachaduras e infiltrações. Para o atendimento tem duas equipes de saúde da família, conhecidas como ESF Nossa Sra. de Saúde e ESF Nossa Sra. Aparecida. A ESF Nossa Sra. de Saúde está composta por três médicos clínicos gerais, um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes

de saúde, um dentista, uma técnica odontológica e uma equipe de NASF. A ESF Nossa Sra. Aparecida, onde eu trabalho está composta por dois médicos (um que trabalha 20h na semana e eu que trabalho 40h na semana), um enfermeiro (40h na semana), duas técnicas de enfermagem (40h na semana) e cinco agentes de saúde. Nesta equipe não possui equipe de saúde bucal, visto que na outra equipe de saúde da família têm equipe de saúde bucal modalidade 1 que atende 100 % da população. Tem uma área de abrangência para uma população total de 3917 pessoas, com uma distribuição da população por sexo 2033 homens, 1884 mulheres, dados tomados do registro do ano 2014. Assim, não se conhece o total de pessoas por faixa etária e se atende a 100 % da população. A qualidade de atendimento é muito boa e a população fica contente com atendimento dos profissionais de saúde. Na UBS são desenvolvidas atividades de Acolhimento onde são classificados os riscos, desenvolve-se pré-natal e puericultura, procedimentos ambulatoriais, dispensação de medicamentos, preservativos, exames citopatológico de colo uterino, grupos de educação em saúde, vacinas, planejamento familiar, tratamento odontológico e visita domiciliar, reunião da equipe e consultas (médico, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, odontologista, terapeuta ocupacional).

Na UBS são muito frequentes as doenças crônicas não transmissíveis: como hipertensão (HAS), diabetes mellitus (DM), cardiopatia isquêmica. Por isso também, deu-se a escolha do foco de intervenção de atenção de saúde de pessoas com doença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Na área de abrangência temos registrado 415 pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representativa de um (67%) e 63 usuários com Diabete Mellitus (DM) representativo de 36% (dados baseados de registros da UBS, 2013). Observa-se um percentual muito baixo para os indicadores de cobertura deste grupo de usuários, segundo os protocolos e cadernos Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM) do Ministério de Saúde. Na UBS fazem-se atividades de educação em saúde, mas a participação deles é muito baixa.

Com a escolha para o trabalho de intervenção poderemos obter dados adequados quanto ao número de usuários com estas doenças e, assim, criar estratégias de trabalho na UBS, comunidades e nos indivíduos. Neste sentido,

poderíamos obter dados bem certos da totalidade da população alvo que padece destas doenças, sabendo que neste momento na UBS não tem registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem fichas espelho. Assim, percebo que os dados poderiam ser obtidos com o trabalho em conjunto com a equipe de saúde da família, ACS, revisão do prontuário e o cadastramento que ficam fazendo na UBS. Com isto, se poderiam melhorar os conhecimentos da população sobre os riscos de sofrer estas doenças e as principais causas que poderiam levar à doença hipertensiva e diabetes mellitus. Além disto, promoverem estilos de vida saudável, conscientizar qual é a importância do uso do tratamento farmacológico e não farmacológico, como prever as complicações da doença hipertensiva e diabetes mellitus, implementando com a realização de palestras, criação de grupos de hipertensos ou clubes, criando programa de rádio e é uma boa intervenção para ter os dados certos da população que sofrem destas doenças. Assim, envolver-se-á a equipe de saúde nesta intervenção. Toda a equipe vai trabalhar com os objetivos e metas propostas com apoio da Secretaria de Saúde do município de Cotiporã, a coordenadora da UBS, Agentes Comunitários de Saúde, recepcionista da UBS, e permitiram uma melhor unidade entre nós. As principais dificuldades/limitações existentes se caracterizam como a inexistência de um registro certo dos usuários que tem estas doenças crônicas não transmissíveis, a pouca participação dos usuários nas atividades de promoção em saúde, entre outros. Temos para a realização deste foco de intervenção o desejo da equipe de participar na realização da intervenção, os prontuários individuais dos usuários, e alguns dados de registro da coordenadora da UBS. Também, com a participação e apoio do orientador do curso, há perspectiva de colaborar para diminuir a incidências das complicações das doenças hipertensivas e diabéticas, melhorar os modos e estilos da vida da população de idosos inclusive e obter um melhor acolhimento da população desta faixa etária, assim como melhorar os indicadores de morbimortalidade por causa da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Nossa Senhora de Saúde, Cotiporã, RS, Brasil.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo4: Melhorar registros das informações:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço UBS Cotiporã e, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS.

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Cotiporã, no Município de Cotiporã, RS, Brasil. Participarão da intervenção os 415 usuários hipertensos e 63 diabéticos registrados na área de abrangência, mas os cadastrados pelos ACS neste período.

Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas enfermidades crônicas não transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo “A”), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo “C”), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS Cotiporã.

Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 16 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

2.3.1 Ações

As ações são apresentadas para cada meta seguindo a disposição dos quatro eixos temáticos do curso, que contemplam monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

A população da UBS é de 3917 pessoas. De elas temos 415 usuários com HAS e 63 usuários com DM cadastrados e acompanhados na UBS. Nesta direção, a cobertura atual do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde é de 63 % e a cobertura de atenção atual do programa de atenção ao diabético na UBS é de 36 % (dados baseado de registro da UBS Cotiporã, 2013).

Os objetivos abordados nesta ação programática Saúde do Adulto, Atenção a HAS e DM, serão envolvidos nas interfaces da cobertura; adesão, qualidade, registro, mapeamento de risco da população-alvo e promoção de saúde da ação programática. Assim, destacam-se as metas e indicadores nesses objetivos. As ações estão construídas dentro das orientações dos quatro eixos temáticos que o curso desenvolve, sendo eles: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público,

Qualificação da Prática Clínica. Com isto, explanamos as ações baseadas nas respectivas metas.

OBJETIVO1 Ampliar a Cobertura dos usuários que sofrem das doenças crônicas não transmissíveis Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

META 1.1Cadastrar 100% dos pacientes hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

META 1.1 Cadastrar 100% dos pacientes diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

- Revisar semanalmente o fichário que contém os cadastros de hipertensos e diabéticos, para acompanhar a cobertura desses usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados da UBS: será elaborada uma ficha clinica individual (ficha específica do hipertenso ou diabético) com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será elaborada planilha eletrônica para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Contaremos com ajuda de todos os profissionais da equipa, inclusive dos ACS.

Designar um integrante da equipe de saúde que realizará a revisão semanal junto o médico, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

- Melhorar o acolhimento dos pacientes com hipertensão e diabetes na UBS: cada paciente que chegar a unidade vai ser recebido, acolhido, cadastrado. A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Combinar com a equipe para que todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade com o quadro agudo seja atendido no mesmo dia(mesmo

que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com os médicos e disponibilizados vagas para esses atendimentos.

- Garantir o material adequado para o atendimento dos hipertensos e diabéticos na UBS (esfigmomanômetros de diferentes tamanhos, fita métrica, balança e hemoglicoteste). Serão solicitados ao gestor para fornecimento e manutenção do material necessário para desenvolver essas ações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir Pressão Arterial uma vez ao ano depois dos 18 anos de idade.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Neste caso realizaremos as orientações em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante a consulta com o paciente, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde do dia a dia na UBS, na radio e na comunidade, também em palestras orientadas a aumentar o conhecimento da população quanto às doenças crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar aos ACS e equipe de ESF para cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, com os dados completos dos pacientes.

- Capacitar a equipe da unidade básica de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, nas reuniões da equipe de trabalho.

OBJETIVO2 Melhorar a qualidade da atenção a pacientes hipertensos e/ou diabéticos

META 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos.

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realizar o exame clínico adequado aos usuários hipertensos e diabéticos. O monitoramento será realizado semanalmente e a avaliação será realizada mensalmente, por um dos membros da equipe de saúde, designado para isto.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições dos profissionais no exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, seguindo o protocolo de hipertensão arterial do Ministério de saúde. Para fazer uso adequado do método clínico-epidemiológico, as consultas serão realizadas em conjunto com enfermeiro da UBS, para detecção de possíveis complicações da doença, ou prever futuras complicações.

- Dispor de protocolos adequados na UBS. Imprimir os protocolos no gabinete da secretaria da saúde que tem disponibilidade de impressora.

- Organização das capacitações dos profissionais e estabelecer periodicidade das mesmas, sob a responsabilidade dos enfermeiros e os médicos da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão arterial e diabetes mellitus e a importância de ter o exame clínico periódico apropriado. Essa ação será realizada nas atividades de educação em saúde, seja nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou nas atividades de grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para a realização do exame clínico apropriado aos pacientes hipertensos e diabéticos. Neste caso a atividade será feita pela técnica de enfermagem ou médico da equipe de saúde, direcionada aos ACS e auxiliar de enfermagem, para detecção de futuras complicações.

META 2.3Garantir a 100% dos pacientes hipertensos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

META 2.4Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos com exame laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade básica de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exame laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Revisar semanalmente todas as fichas de pacientes hipertensos e diabéticos, para suprimir eventuais falhas ou registros inadequados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Garantir a solicitação de exame complementar. A solicitação desses exames será garantida nas consultas de Hiperdia agendadas, e quando a situação do paciente requeira o exame, mesmo sem o paciente estar agendado.

- Tentar garantir com o gestor municipal agilidade para a realização do exame complementar definido no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a importância de realização do exame complementar e sua periodicidade. A orientação ocorrerá nas consultas individuais na UBS, nas visitas domiciliares, e nas atividades de grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para seguir o protocolo adotado na unidade básica de saúde para solicitação de exame complementar. A capacitação ocorrerá no período das reuniões de equipe, sendo coordenada pelo médico ou técnico da enfermagem.

META 2.5Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde.

META 2.6Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia:

Monitoraremos semanalmente a ficha específica dos pacientes hipertensos e diabéticos assim como o cartão de medicamentos dos pacientes nas consultas de hiperdia e nas visitas domiciliares pelo ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque dos medicamentos. Realizaremos essa ação em conjunto com o responsável de farmácia, segundo as fichas específicas dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e que usam estes medicamentos da farmácia da UBS.

- Realizar o registro das necessidades de medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS segundo a quantidade de pacientes cadastrados em atendimento na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre os direitos de ter acesso a farmácia popular como usuários. As orientações serão realizadas nas consultas, nas atividades de educação em saúde, atividades de grupos e visitas domiciliares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização dos profissionais em reunião de trabalho da equipe, sobre tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus.

META 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

META 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pacientes diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitarem atendimento odontológico nas consultas de Hiperdia. Semanalmente a ficha específica serão revisadas e monitoradas quando a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar agenda de saúde bucal para pacientes hipertensos e diabéticos em conjunto com a equipe de odontologia e a coordenadora da unidade básica de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância da saúde bucal nas diferentes atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para identificar pacientes hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, com ajuda da equipe odontológico.

OBJETIVO 3 Melhorar a adesão de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus ao programa

META 3.1 Buscar 100% dos pacientes hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

META 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos pacientes hipertensos através da revisão semanal das fichas específicas dos pacientes hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar visitas domiciliares para buscar pacientes hipertensos faltosos nas consultas em conjunto com as ACS.

- Agendar consultas aos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus faltosos em conjunto com o enfermeiro da UBS.

Após a revisão e monitoramento das fichas específicas, a técnica de enfermagem e os médicos, avisarão os ACS sobre os pacientes faltosos de seu micro áreas, sendo que vão informar a nova data da consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar aos pacientes hipertensos e diabéticos na comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade da mesma, preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares e atividades de grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar os ACS para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, utilizando o espaço das reuniões da equipe.

OBJETIVO 4 Melhorar o registro das informações na UBS dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

META 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com diabetes mellitus cadastrados na unidade básica de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a qualidade do registro de pacientes hipertensos e diabéticos da UBS, em conjunto com a técnica de enfermagem da UBS. Esse monitoramento será feito semanalmente com a revisão da ficha específicas desses pacientes. Os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica do Excel, que calcula automaticamente os indicadores. A avaliação desses indicadores será realizada mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas. A ação ficará sob a responsabilidade da técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem e ACS da equipe de saúde.

- Fazer ficha de acompanhamento. Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, contendo todas as informações pessoais do paciente, situação de saúde, exames realizados e ações realizadas com os pacientes atendidas.

- Pactuar com a equipe de saúde o registro das informações, onde todos os profissionais utilizem a ficha específica do paciente e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir um responsável pelo monitoramento das informações, neste caso pelo médico.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto tem atraso na realização da consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar e não tinha realização de estratificação de risco e avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença. Quando esses problemas acontecerem, sinalizaremos com a colocação de um lembrete (seguro por um clipe ao grampo), na ficha específica do paciente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes sobre seus direitos em a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Assim como orientar ter seus documentos em dia, neste caso o cartão do SUS. Realizaremos essas orientações durante as consultas individuais, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para o preenchimento dos registros e no acompanhamento clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, essa capacitação será feita nas reuniões de trabalho da equipe, tendo como responsáveis os médicos e a técnica de enfermagem da UBS.

OBJETIVO 5 Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

META 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular por ano. O monitoramento será feito através da revisão semanal das fichas específicas dos pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar a agenda para atendimento desta demanda. Essa organização será realizada pelo médico e técnica de enfermagem da UBS. Durante as consultas de Hiperdia, o médico e as técnicas de enfermagem farão o registro da estratificação de risco na ficha específica do paciente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Orientar aos pacientes e a comunidade da importância do controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, prática de exercícios físicos, hábito de fumar, ingestão de bebidas alcoólicas.

Essas orientações serão realizadas nas atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades nos grupos de hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para realizar estratificação do risco segundo escala de Framingham ou de lesões em órgãos alvos.
- Capacitar a equipe na importância de fazer o registro da avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Nas reuniões da equipe serão feitas atividades de capacitação das doenças hipertensiva e diabetes mellitus.

OBJETIVO 6 Promover a saúde de pacientes hipertensos e diabéticos.

META 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

META 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal das fichas específicas. A avaliação será realizada mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável nas atividades de educação em saúde aos pacientes, família e na comunidade.
- Envolver as nutricionistas nas atividades nas comunidades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes hipertensos e seus familiares na importância da alimentação saudável nas diferentes atividades de educação em saúde da UBS, nas consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a ESF e também as nutricionistas de apoio da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde na prática de alimentação saudável.
- .- Capacitar a equipe na metodologia de educação em saúde.

As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe e com ajuda da equipe de apoio do Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB) da UBS.

META 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

META 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a orientação de realização de atividades físicas regular aos pacientes hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas em conjunto com toda a equipe da UBS.
- Demandar junto à secretaria de saúde parceiras institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a pacientes hipertensos e diabéticos na importância de realizar atividade física regular, será feita nas atividades de educação em saúde nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos específicos e nas comunidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar à equipe de saúde na promoção de praticar atividade física regular na população e capacitar a equipe de saúde na metodologia de educação em saúde, utilizando os espaços das reuniões de trabalho da equipe.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a orientação sobre o risco do tabagismo aos pacientes hipertensos nas consultas de Hiperdia, na revisão das fichas específicas tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo em pacientes fumantes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientar sobre os danos do tabagismo na saúde de forma geral.

As orientações se darão nas atividades de educação em saúde, com a participação de toda a equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde no tratamento de pacientes tabagista e na metodologia de educação em saúde. Utilizaremos o espaço das reuniões de trabalho da equipe para executar essa ação.

META 6.7 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

META 6.8 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas desses pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual.
- Envolver a equipe de odontologia nesta atividade em conjunto com a secretaria de saúde.
- Garantir em conjunto com a secretaria de saúde o material de odontologia para o atendimento destes pacientes sendo responsável por essa atividade o dentista da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares na importância da higiene bucal nas consultas individuais e nas outras atividades de educação em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em conjunto com a equipe de odontologia da UBS. Realizaremos a capacitação durante o período reservado para a reunião de trabalho da equipe de saúde.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPel e a UNASUS.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2.1- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4.1- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.8.1- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.6.1- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 3.1 Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1- Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2.1- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

Numerador: Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosa às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2.1- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2.1 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.4.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção do trabalho de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus na UBS de Cotiporã, do município de Cotiporã, RS, iremos adotar o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b). Como possuímos apenas no formato digital dos Cadernos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, faremos a impressão desses documentos, para deixá-los na da UBS, onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que sejam utilizados por toda a equipe.

Atualmente a UBS não tem um registro do programa de controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Tem prontuário eletrônico onde são registrados quase todos os dados que precisamos para fazer o monitoramento das ações. Neste caso utilizaremos a ficha-espelho disponível pelo curso de especialização em Saúde da Família da UFPel, assim como a planilha de monitoramento que dialoga com esta ferramenta. Para a realização da intervenção imprimiremos 600 cópias das fichas específicas. As fichas serão acomodadas em um ficheiro que ficará na sala de enfermagem para que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso aos registros. No final da semana será feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos

nas fichas serão digitados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa atividade será feita por o médico e a técnica de enfermagem da equipe de saúde da UBS.

A estimativa de cadastrar é de 583 usuários com hipertensão arterial e 96 diabéticos. Serão cadastrados todos aqueles pacientes de mais de 18 anos de idade que sofrem destas doenças, com prioridade aos pacientes que chegarem para consulta médica ou atendimento de enfermagem. Com o trabalho dos ACS, serão identificados aqueles pacientes que moram na área de abrangência e não são atendidos na UBS e aqueles que não têm consulta médica no ano 2014. Esses usuários serão agendados conforme disponibilidade da agenda da semana.

A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade básica de saúde com queixa de quadro agudo serão atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com a médica, e disponibilizado vagas para esses atendimentos. Mas de forma geral tentaremos resolver todos os casos que chegarem ao mesmo dia.

Os pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus serão acolhidos na UBS pela recepcionista da Unidade Básica de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem que fará a medição dos sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, frequência respiratória, saturação de oxigênio), hemoglicoteste, peso corporal, altura de cada paciente, e esses dados serão registrados no prontuário eletrônico do usuário hipertenso ou diabético. Os outros dados como avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos pacientes diabéticos será registrado pelo médico nas consultas. O exame clínico será feito na maioria dos casos pelos médicos da UBS e no caso dos pacientes sem complicações será feito pelas técnicas de enfermagem da equipe de saúde. No caso de alguma complicação percebida pela técnica de enfermagem, o paciente será encaminhado para os médicos de atendimento

nesse momento para ser avaliado. O exame complementar deverá ser solicitado e realizado semestralmente com análise e indicação dos médicos da UBS. Para aqueles pacientes com exame em atraso, serão disponibilizadas vagas pela secretaria de saúde em concordância com o laboratório clínico que fica no município. As medicações em uso pelos usuários serão revisadas e registradas na ficha específica individual e o pedido dos medicamentos será feito por a responsável de farmácia conforme as necessidades dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Os ACS identificarão os pacientes acamados que não conseguem se deslocar até a UBS e informarão nas reuniões da equipe todas as segundas feiras e se fará um cronograma de visita domiciliar pela equipe de enfermagem e os médicos da equipe de saúde em concordância com a coordenadora da Unidade Básica de saúde.

A sensibilização da comunidade relacionada com as doenças crônica não transmissível, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e atividades de promoção da saúde, irão buscar a parceria das lideranças comunitárias e Informaremos a forma como a intervenção será realizada, apresentando o projeto de intervenção, para que sejam divulgadores dessas informações. Realizaremos atividade de orientação em promoção da saúde e sobre as doenças hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em sala de espera, nos atendimento de enfermagem, durante as consultas médicas, nas visitas domiciliares, e nas atividades de educação em saúde no grupo de idoso na UBS e na comunidade.

Para levar todas essas ações em pratica, serão realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde. Primeiramente realizaremos uma reunião com a equipe para orientar sobre a nova forma de cadastro de pacientes hipertensos e diabéticos e sobre os dados da intervenção em geral. Nesse momento vamos aproveitar para definir e atribuir para cada membro da equipe quais serão a ação que vai realizarem na intervenção e dividiremos os temas abordados nos cadernos para serem estudados pela equipe, assim, depois em duas reuniões de trabalho da equipe serão apresentados e discutidos por todos os integrantes da equipe de saúde.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar a equipe de saúde sobre os protocolos de HAS e DM	x	x														
Estabelecer a atribuição de cada profissional na ação programática	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividade de educação em saúde sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, riscos para tabagismo, higiene bucal nos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimentos clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atividades com os diferentes grupos de hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitar as ACS na busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos faltosos às consultas e orientações sobre a periodicidade de consultas	x															
Priorizar medicamentos da Farmácia Popular aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa de usuários faltosos às consultas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Visita domiciliar para avaliação e consulta dos usuários acamados e/ou com dificuldades de locomoção		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação odontológica dos usuários hipertensos e/ou diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação da intervenção				x				x				x				x

3. Relatório da intervenção

A intervenção que visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Cotiporã, município de Cotiporã, RS, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 30 de janeiro de 2015 e o quarto mês finalizando em 21 de maio de 2015. A intervenção foi prevista, à priori, para 16 semanas, mas, posteriormente, foi readequada para 12 semanas. Contudo, manteve-se a continuidade na rotina do serviço.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para realizar a intervenção do trabalho de HAS e DM na UBS foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b). Com isto, foram impressos estes documentos e orientados para estudos da equipe da UBS. Os textos foram colocados onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que fossem utilizados por toda a equipe de saúde.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. No entanto, na organização e gestão do serviço foram propostas cinco ações e cumpridas, mantendo as informações do SIAB atualizadas, implantada as fichas de acompanhamento do curso e pactuada com a equipe de saúde o registro das informações. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos. Neste sentido, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de

exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 595 usuários de uma estimativa para o cadastro de 596 usuários com hipertensão arterial e diabetes com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Todo usuário hipertenso ou diabético que procurou a UBS com queixa de quadro agudo foi atendido no mesmo dia e disponibilizado vagas para esses atendimentos em forma de acompanhamento.

Os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus foram acolhidos na UBS pela recepcionista da Unidade Básica de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem. Ela, como rotina, verificava os sinais vitais, realizava hemoglicoteste e/ou antropometria. Assim, foram registrados nos prontuários eletrônicos dos usuários hipertensos ou diabéticos. Os dados da avaliação de risco cardiovascular, exame clínico (exame físico completo, peso, altura, avaliação da cavidade oral, ausculta cardíaca e pulmonar, pele e pés), foram registrados pelo médico nas consultas. Os exames complementares foram solicitados e avaliados pelos médicos da UBS.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas nas segundas-feiras. Nesta direção, foi feito um cronograma e avaliados nas visitas domiciliares pela enfermeira e médico da equipe de saúde, em concordância com a coordenadora da Unidade Básica de Saúde.

Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS e DM, inclusive divulgadas pela rádio local.

Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas e sobre os dados da intervenção em geral.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção não foi desenvolvida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético na UBS, não foram cadastrados todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS e, portanto, não foi monitorado o total do número de hipertensos e diabéticos com exame laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade básica de saúde. Houve fragilidade na comunicação à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, particularmente para o maior alcance dos usuários com dificuldade de locomoção e/ou acesso dificultado ao Serviço, devendo-se à dificuldade na acessibilidade às comunidades por ser uma zona rural e de serra.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram usuários que não ficavam cadastrados nos registros da UBS e dados incompletos nos prontuários individuais. Embora isto tenha sido presenciado, foi havendo o fechamento com sucesso das planilhas de coletas de dados a partir dos preenchimentos adequados das fichas espelho com a premissa e a consideração da Equipe para ser parte da funcionalidade da intervenção que se executou.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações previstas no projeto demonstra continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Assim,

serão revisados os prontuários individuais dos usuários hipertensos e diabéticos de forma sistemática para avaliação clínica segundo o que recomenda os protocolos de MS, solicitando exames complementares semestralmente dos usuários hipertensos e diabéticos, realizando busca ativa de indivíduos acamados para visita domiciliar, desenvolvendo avaliação clínica em cada consulta, assim como atividades de promoção e orientação de saúde pela equipe nas comunidades aos usuários hipertensos e diabéticos.

No caso se fosse realizar a Intervenção neste momento faria diferente, desenvolvendo reuniões com a equipe e os gestores, também reuniões com liderança da comunidade e nos bairros da área de abrangência da UBS. Assim todos saberiam melhor sobre a intervenção e poderia contar com ajuda deles na incorporação desta atividade no Serviço, sendo mais pacientes com as atividades da intervenção. Outros elementos de incremento seriam a criação de outros grupos, como por exemplo, de adolescentes, de idosos, de gestantes com a finalidade de integrar mais os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Cotiporã, Cotiporã, RS. Assim sendo, a população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais (22,7% da população) era de 596 e a cadastrada foi de 575 (96,5%). Já, a população de usuários diabéticos, em estimativa (5,6% da população), era de 147 e foram cadastrados 101(68,7%) ao término dos quatro meses da intervenção.

O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês 1 da intervenção 39,8% (237), no mês 2 46,6% (278), no mês 3 85,9% (512) e no mês 4 96,5% (575). Independente que o indicador cobertura de atenção foi acrescentando o número de pessoas hipertensas se observou que não foi possível atingir 100% deste indicador, devendo-se a dificuldades de acessibilidade as comunidades.

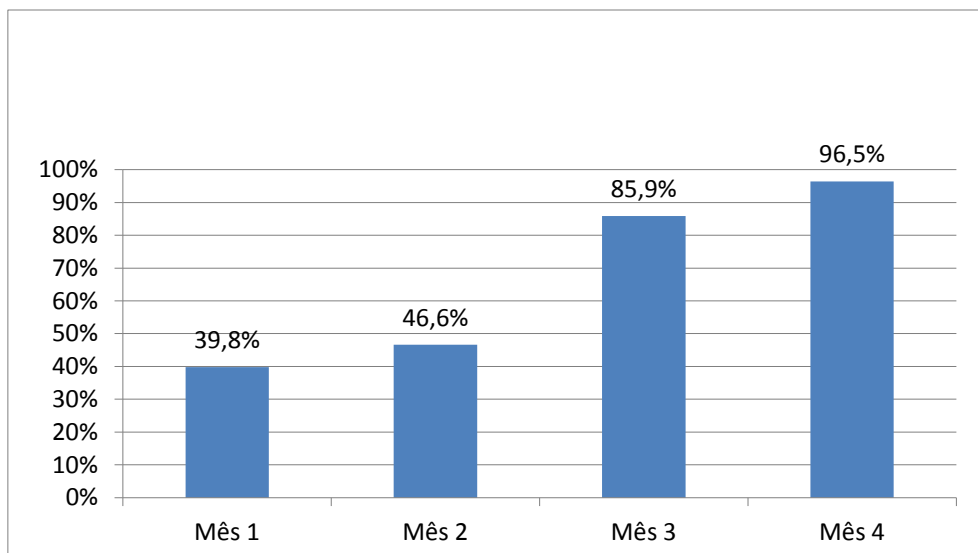


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Cotiporã.

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1 desenvolveu-se 34% (50), no mês 2 36,7% (54), no mês 3 52,2% (60) e no mês 4 69,6% (101). Este resultado evidencia que a intervenção conseguiu ter uma cobertura de um 68,7% de usuários diabéticos dos 100% propostos na meta, não conseguindo a meta proposta pela dificuldade de acessibilidade a comunidade.

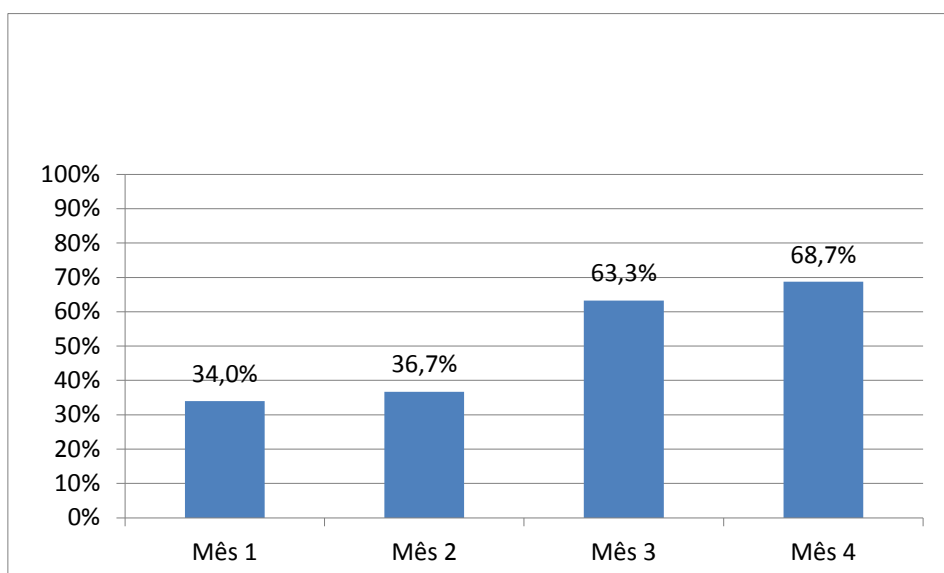


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Cotiporã.

Os resultados do objetivo específico conhecido como Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos são apresentados como forma de desenvolver o começo da interface dos indicadores de qualidade da intervenção. Assim, destaca-se que nas metas relativas ao objetivo de qualidade elas foram estipuladas em 100%.

O indicador Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, conforme ilustra a Figura 3, no mês 1 obteve-se 75,5% (179), no mês 2 78,4% (218), no mês 3 78,7% (403) e no mês 4 80,9% (465). O exame clínico em dia nos usuários hipertensos, durante a intervenção, ficou em 645 indivíduos, representando 80,9%. Em certa medida, se manteve regular o acompanhamento, já que a Equipe do Serviço esteve no apoio das ações.

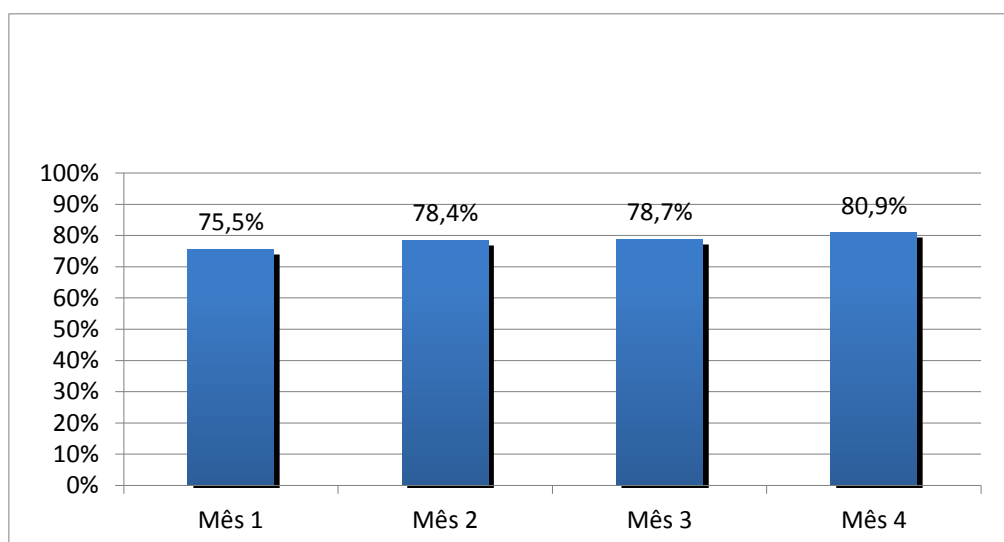


Figura 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Dentro do foco da mesma meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, observou-se, em acordo com a Figura 4, que no mês 1, obteve-se 86% (43), no mês 2 87% (47), no mês 3 81,7% (76) e no mês 4 83,2% (84). Observe-se não foi possível realizar o exame clínico nestes usuários porque um gram número deles foram avaliado no segundo mês da intervenção pela equipe de saúde dando continuidade da intervenção coincidindo com minhas férias programadas.

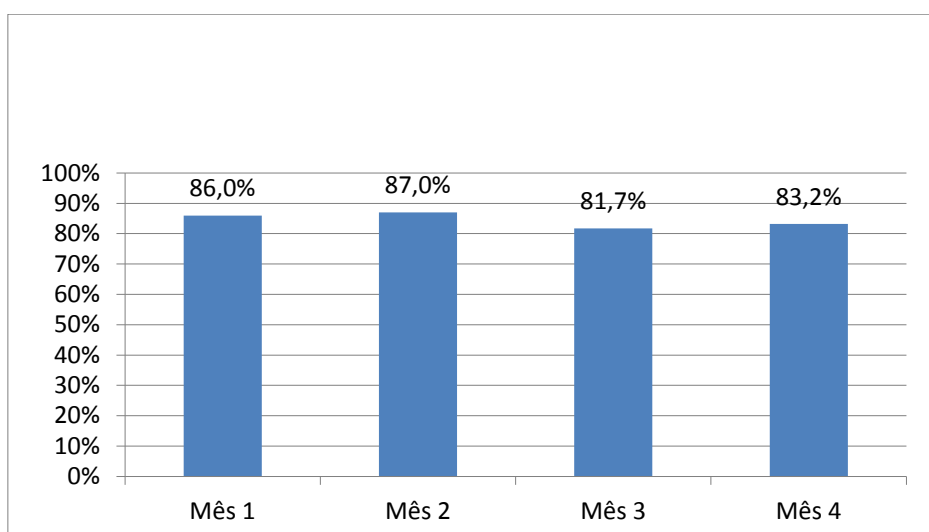


Figura 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador apresentado na Figura 5 referente à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês obteve-se 70,9% (168), no mês 2 74,5% (207), no mês 3 76,2% (390) e no mês 4 78,3% (450). No caso deste indicador com 78,3% de usuários hipertensos com exames complementares em dia não foi possível garantir a realização dos mesmos para todos usuários hipertensos, nem monitorar em plenitude o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

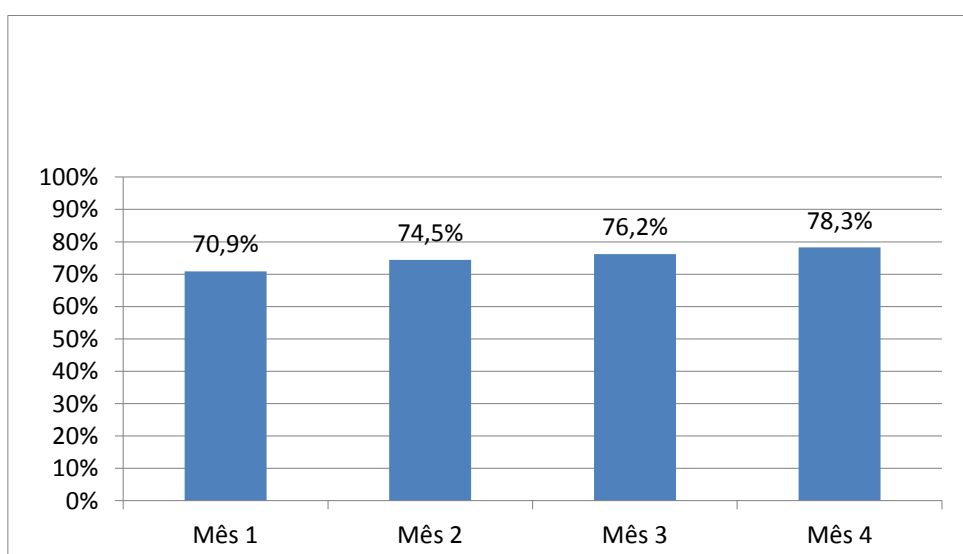


Figura 5 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Quanto à meta que visa garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com mostra a Figura 6 com o indicador de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observou-se, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4, 82% (41), 83,3% (45), 79,6% (74) e 81,2% (82). Foi garantido só para um 81,2 % porque tem usuários que trabalham fora do município de Cotiporã, e não concordava com horário do laboratório.

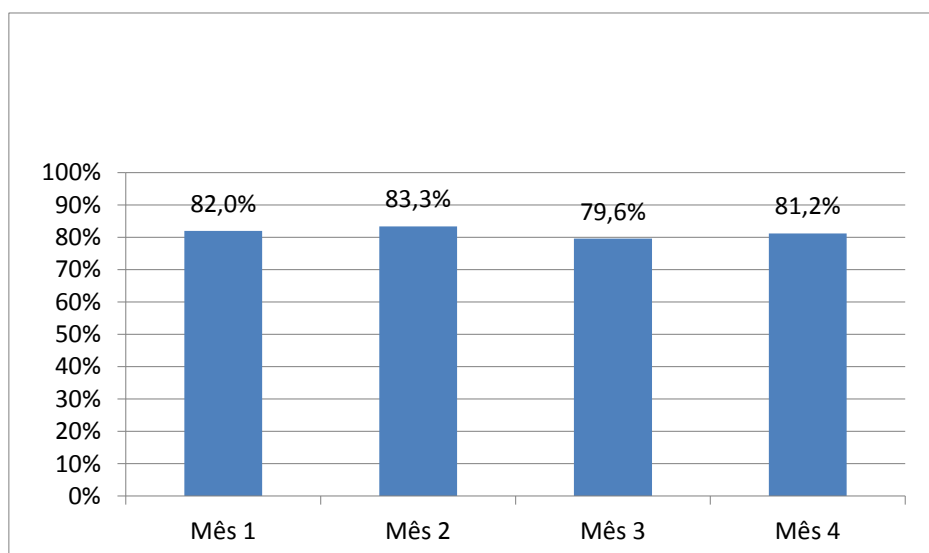


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Nas metas que visam priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como se mostra nas Figuras 7 e 8, percebeu-se que nos usuários hipertensos, respectivamente nos meses 1, 2, 3 e 4 obteve-se 95,3% (222), 95,6% (262), 94,1% (478) e 93,3% (533), foi decrescendo nos meses 3 e 4 devendo-se isto que não todas prescrições dos remédios aos pacientes hipertenso tinham existência na farmácia popular. Já, em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, consolidou-se 92% (46), 92,6% (50), 93,5% (87) e 94,1% (95) de prescrições priorizadas. A proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia de 93,5 % e diabéticos em

94,1%, sendo que foi considerada uma amplitude bem alta, pois nos permitiu realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

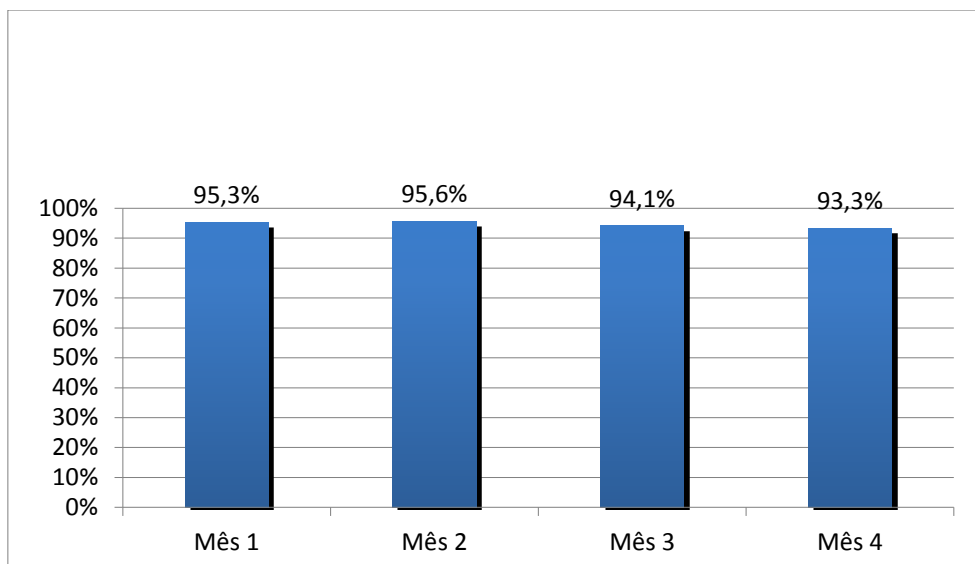


Figura 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

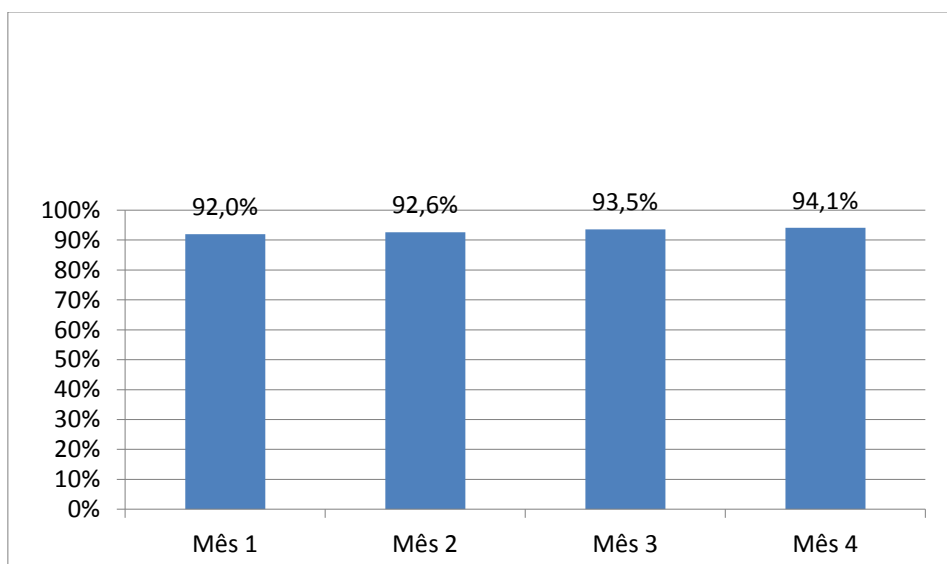


Figura 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de

hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 9, no mês 1 desenvolveu-se 67,1% (159), no mês 2 66,2% (184), no mês 3 51,8% (265) e no mês 4 49,9% (287). Este indicador foi decrescendo no acompanhamento dos usuários, procurando neste momento de implementação, adequar à nova demanda que surgiu no serviço. Este momento permitiu orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

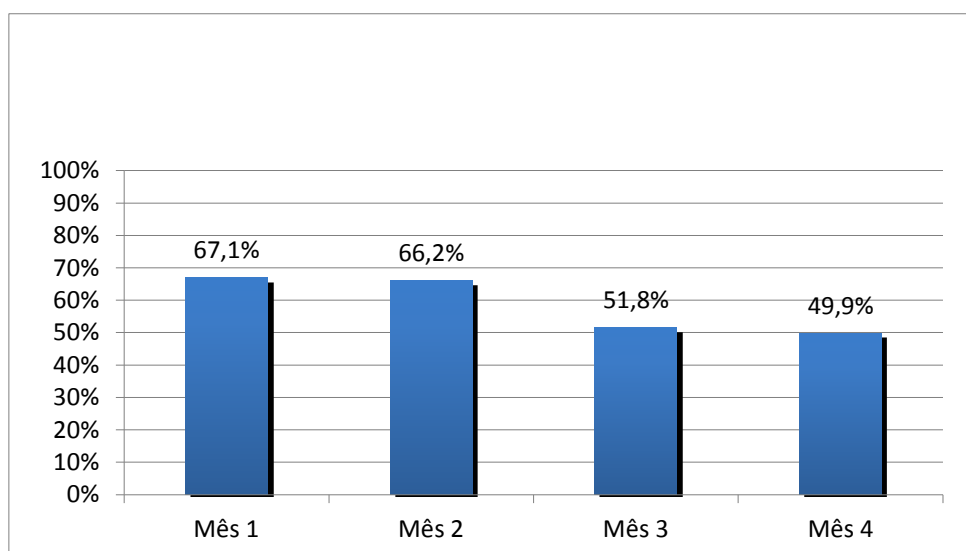


Figura 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 64% (32), no mês 2 61,1% (33), no mês 3 61,3% (57) e no mês 4 56,4% (57), como destaca a Figura 10. Nesta meta avaliação do atendimento odontológico foi feita pelo médico da equipe e se precisava do atendimento os usuários foram encaminhados para o dentista, isto nos permitiu monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

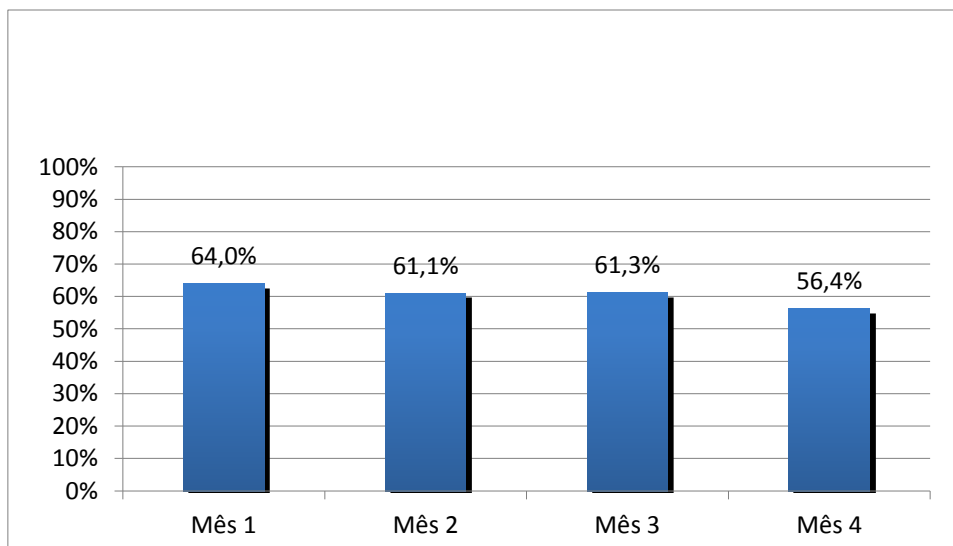


Figura 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dentro do objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, as metas visam buscar 100% dos hipertensos e dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Assim sendo, o indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, como se apresenta na Figura 11, no mês 1 96,3% (78), no mês 2 97,6% (83), no mês 3 98,9% (172) e no mês 4 97,9% (189).

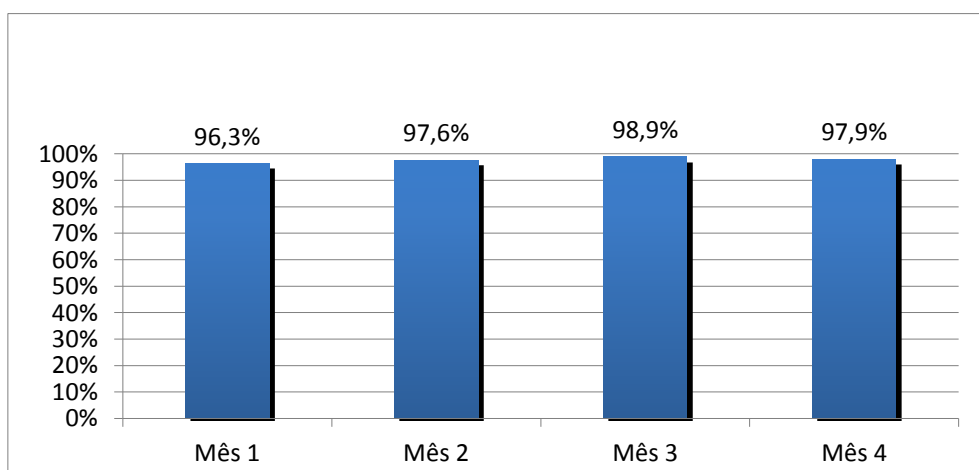


Figura 11 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Dentro do objetivo da Adesão, na meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade

recomendada, com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obteve-se, como aponta a Figura 12, no mês 1 93,8% (15), no mês 2 93,8% (15), no mês 3 97% (32), no mês 4 97,1% (33). Neste indicador de usuários diabéticos faltosos às consultas com a busca ativa permitiu organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares em um 97,1%.

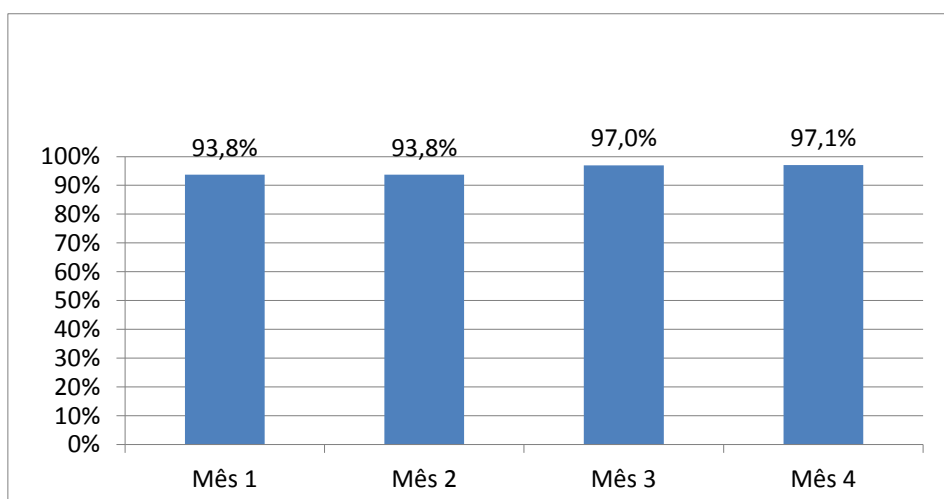


Figura 12 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

O objetivo específico 4 que visa melhorar registros das informações as metas relativas ao objetivo dos registros são 100%. Então, a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador de proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, teve um acompanhamento regular, rumo à meta, como mostra a Figura 13. No mês 1 obteve-se 61,6% (146), no mês 2 63,7% (177), no mês 3 65,2% (334) e no mês 4 66,8% (384). A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi conseguida até 66,8 %, neste caso da meta só refere aos usuários que não tinham registros na UBS e que foram completados os registros, indicador que melhora a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

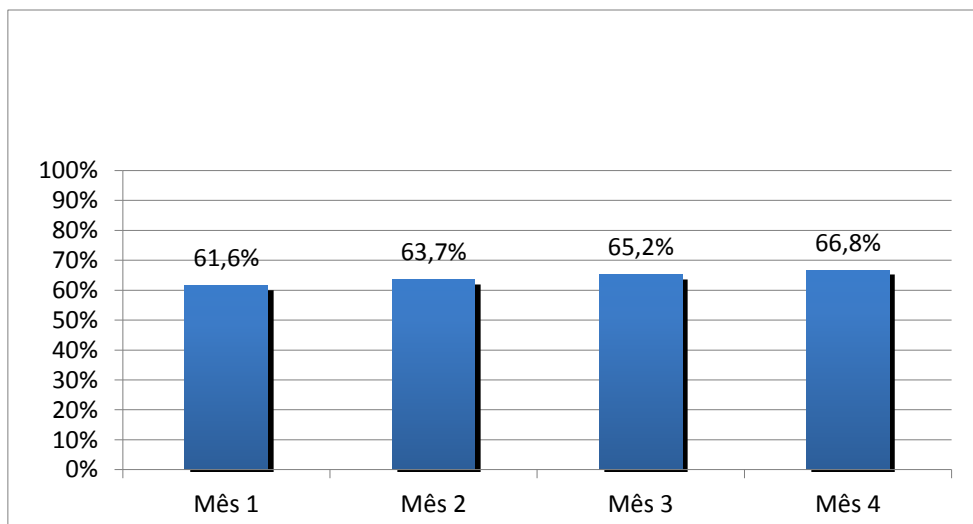


Figura 13 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, como indica a Figura 14, no mês 1 70% (35), no mês 2 75,9% (41), no mês 3 66,7% (62) e no mês 4 69,3% (70). Este também foi considerado um indicador que melhora a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde porque acrescentou até um 69,3 % os registros dos usuários diabéticos.

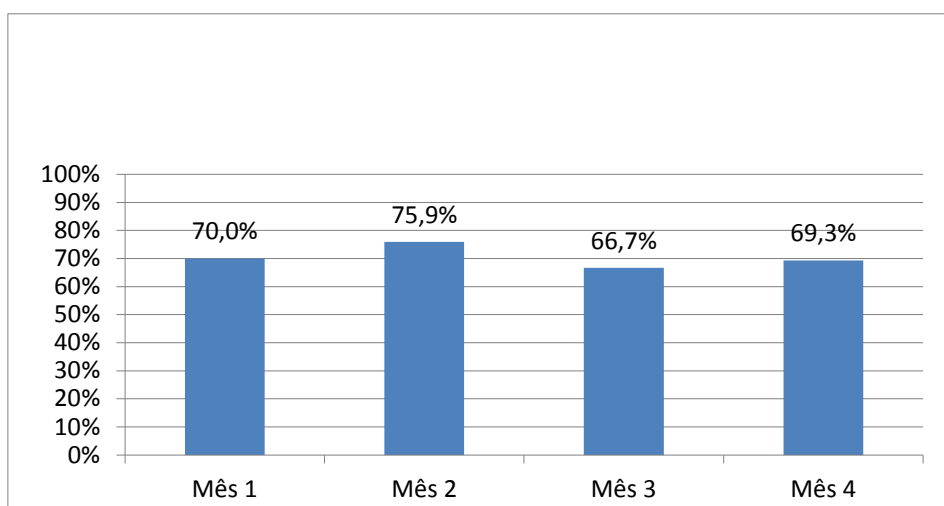


Figura 14 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%.

Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, desenvolveu-se, como destaca a Figura 15, no mês 1 95,4% (226), no mês 2 93,5% (260), no mês 3 68,4% (350) e no mês 4 64,2% (369). Nesta meta conseguiu-se um 64,3 % do número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permitiu priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco cardiovascular.

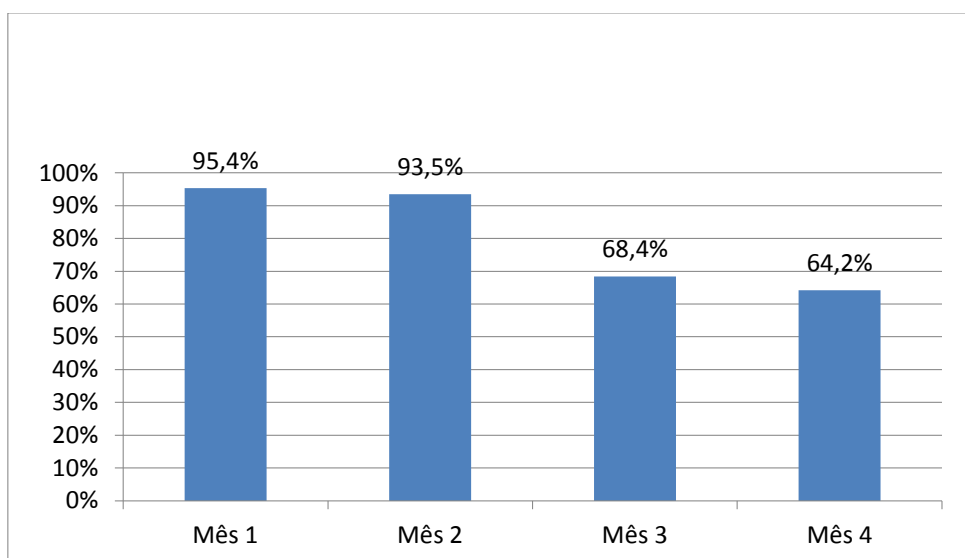


Figura 15 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, obteve-se, conforme ilustra a Figura 16, no mês 1 92% (46), no mês 2 92,6% (50), no mês 3 83,9% (78) e no mês 4 81,2% (82). A queda até um 64,2 % no último mês devesse que não todos usuários avaliado tinham risco cardiovascular.

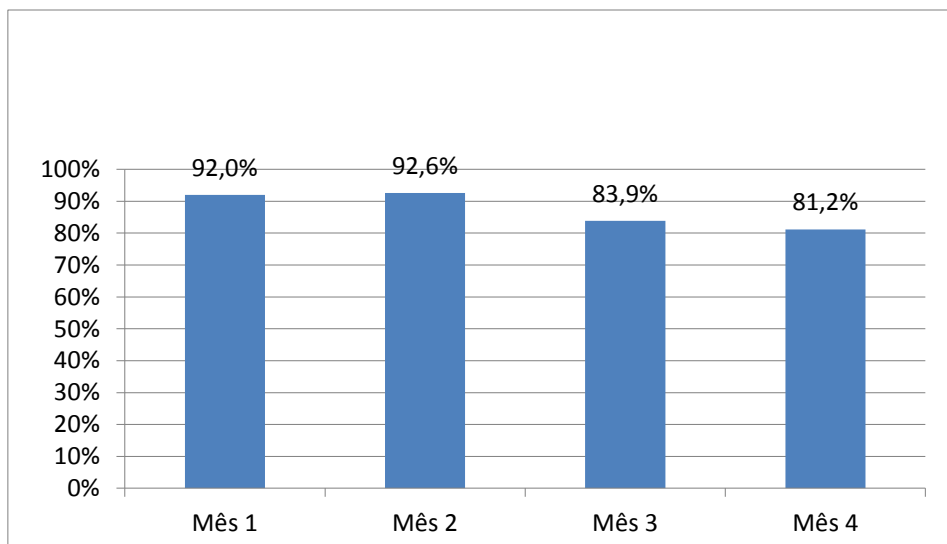


Figura 16 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 17, obteve-se no mês 1 89% (211), no mês 2 90,6% (252), no mês 3 94,7% (485) e no mês 4 95,1% (547). Este indicador ficou bem perto da meta proposta, atingindo 95,1%, e permitindo orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

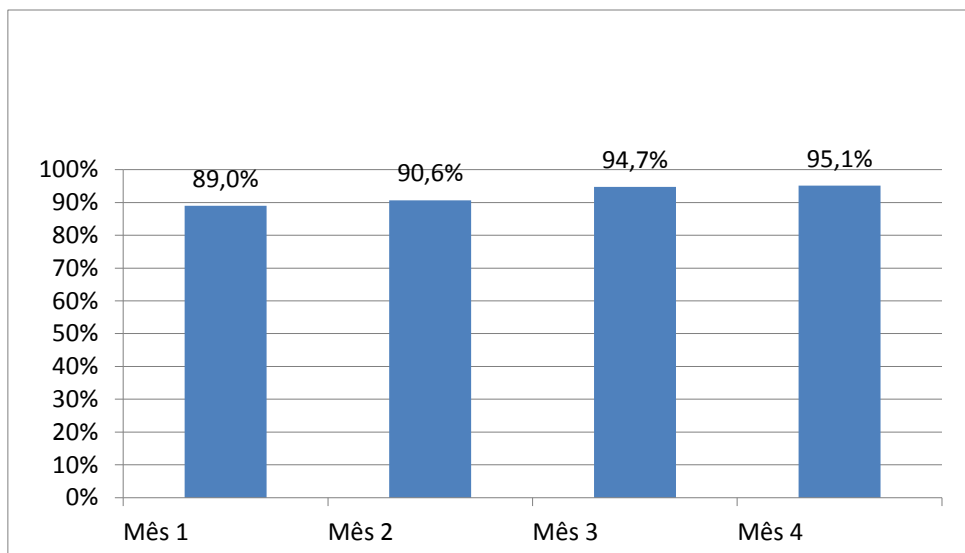


Figura 17 – Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 18, conseguiu-se no mês 1 86% (43), no mês 2 87% (47), no mês 3 92,5% (86) e no mês 4 93,1% (94). Este indicador ficou bem perto da meta proposta, atingindo 93,1%, e permitindo orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

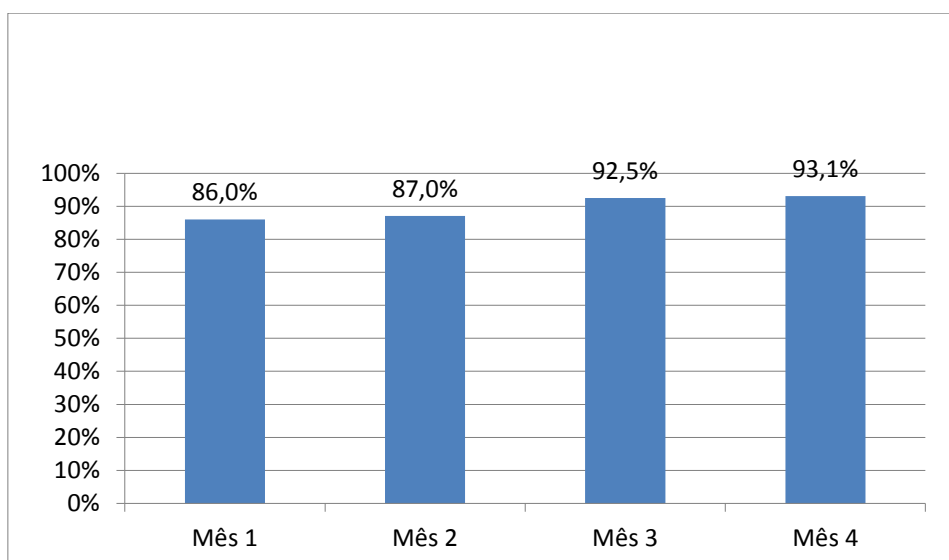


Figura 18 – Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 19, obteve-se no mês 1 87,8%

(208), no mês 2 89,6% (249), no mês 3 94,1% (482) e no mês 4 94,6% (544). Não foi possível atingir o 100 % da meta proposta devendo-se que tem pessoas idosas que tinham limitações para prática dos exercícios físicos.

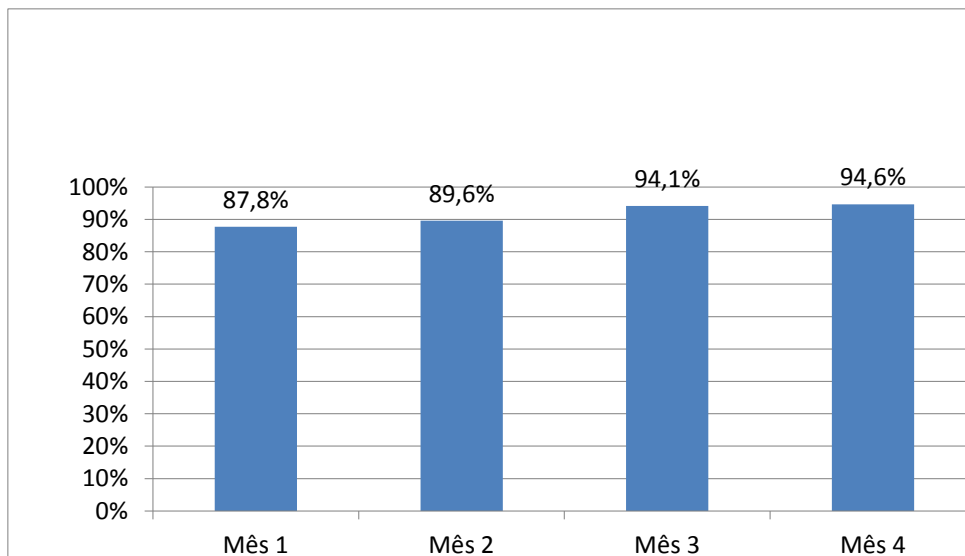


Figura 19 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, em consonância com a Figura 20, obteve-se no mês 1 86% (43), no mês 2 87% (47), no mês 3 92,5% (86) e no mês 4 93,1% (94). Ficou bem perto dos 100 % da meta proposta mais não chegou devendo-se a pessoas que não fazem exercícios por limitações físicas como usuários acamados com sequelas.

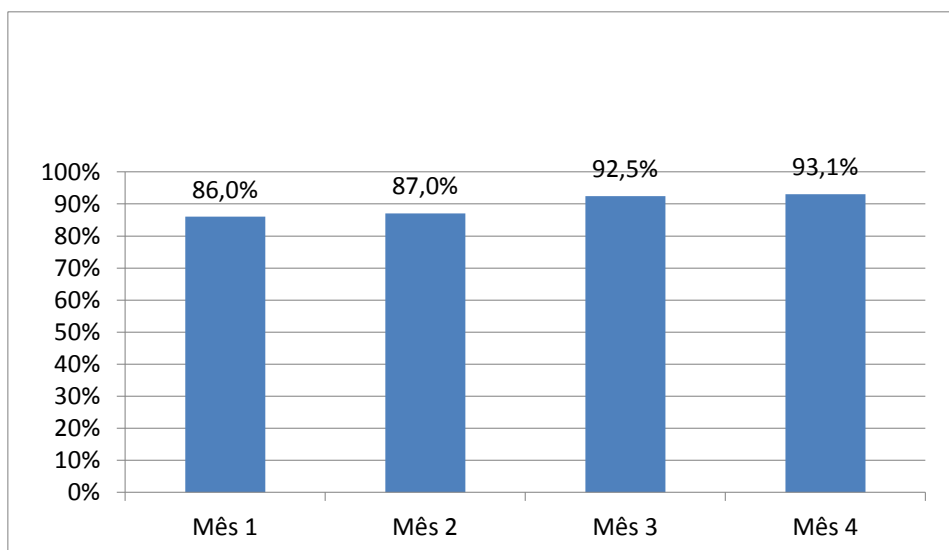


Figura 20 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em conformidade com a Figura 21, obteve-se no mês 1 72,6% (172), no mês 2 76,6% (213), no mês 3 87,1% (446) e no mês 4 88,3% (508). Quanto aos hipertensos tabagistas, eles também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

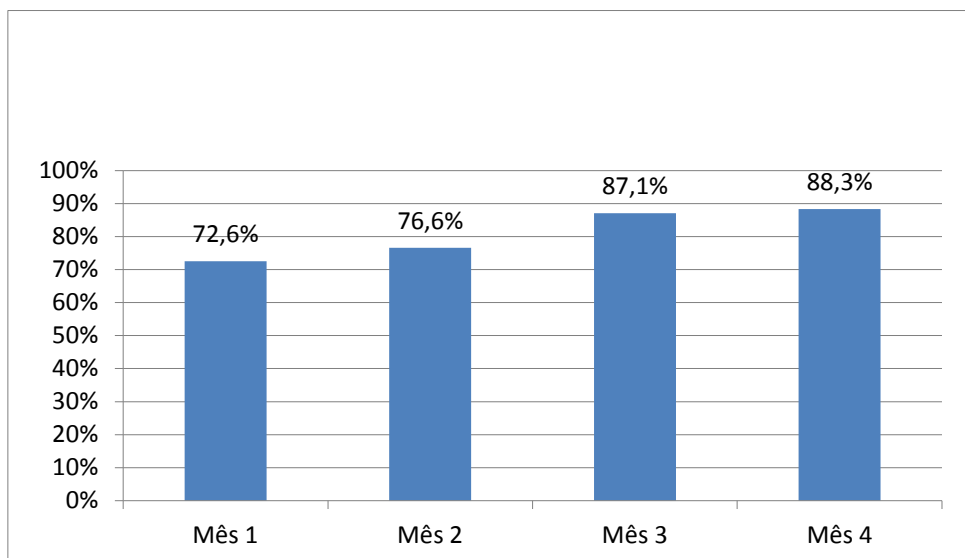


Figura 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, em acordo com a Figura 22, obteve-se no mês 1 64% (32), no mês 2 66,7% (36), no mês 3 80,6% (75) e no mês 4 82,2% (83). Somando às ações de promoção em saúde nesta direção, os diabéticos tabagistas também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

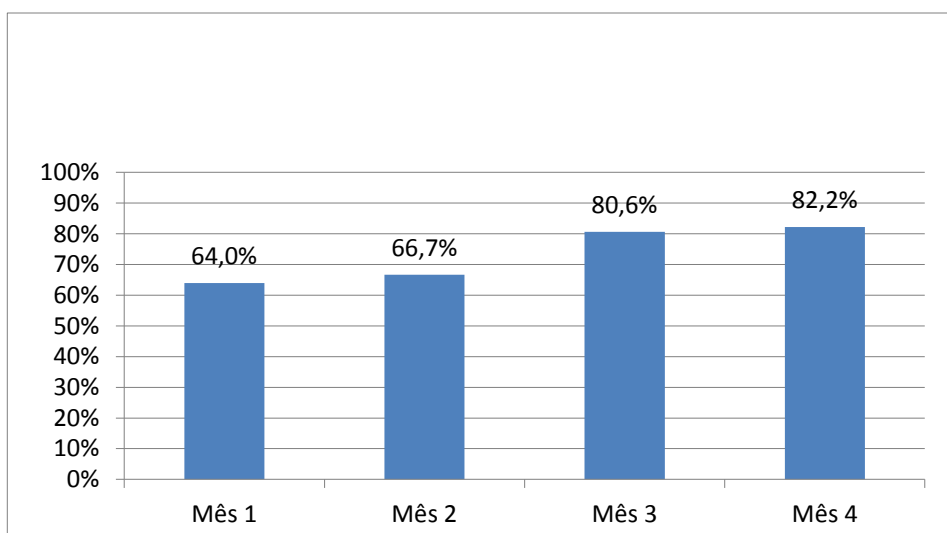


Figura 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Na ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, em diálogo com a Figura 23, obteve-se no mês 1 87,3% (207), no mês 2 89,2% (248), no mês 3 94,1% (482) e no mês 4 94,6% (544).

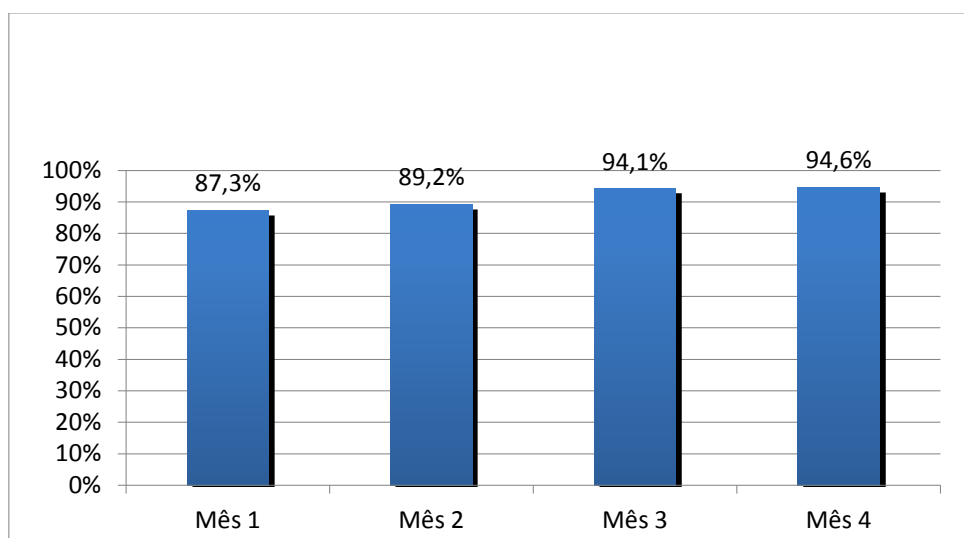


Figura 23 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, em acordo com a Figura 24, obteve-se no mês 1 78% (39), no mês 2 79,6% (43), no mês 3 88,2% (82) e no mês 4 89,1% (90).

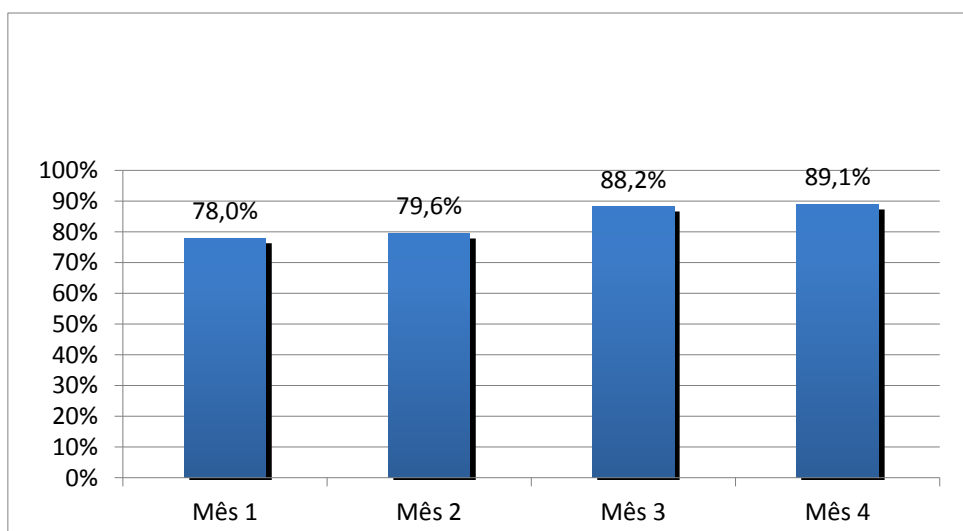


Figura 24 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com a busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade, melhorou a qualidade de atenção aos pacientes cadastrados realizando exame clínico completo e realizando dos exames complementares. Também, foi garantindo que a maioria dos usuários usassem os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Observou-se que foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. Durante a intervenção, foram feitas atividades de educação em saúde com a finalidade de promover saúde dos usuários e usuárias com orientação sobre nutrição adequada, a prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos no Serviço. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com as buscas ativas das pessoas faltosas nas consultas e foi realizada pesquisa ativa na comunidade. Também, se percebeu que melhorou a qualidade de atenção dos usuários cadastrados realizando-se exame clínico completo e realizando os exames complementares. Desta forma, foi garantido que a maioria dos usuários utilizassem os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, e acompanhamentos segundo seu estado de saúde, foram feitas atividades de educação em saúde com a primazia de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho desenvolvemos apoio para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de pacientes hipertensos e diabéticos, colaborando para diminuir em alguns e em outros eliminar os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como hábitos de fumar e álcool.

Neste processo, observou-se o aumento da adesão deles ao programa de hipertensão e diabetes com as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações e, dessa forma, incorporamos a família toda nas comunidades.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi que aumentou mais ainda seus conhecimentos nas doenças de hipertensão e diabetes doenças muito comuns na comunidade, conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional soube quais são suas atribuições no trabalho com eles, segundo o Ministério de Saúde de Brasil e o que tem que fazer cada uns deles para o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratar a doença e suas complicações. Além disto,

conseguimos saber quando estão controlados e quando não, saber se tem ou não uma doença cardiovascular ou pé diabético. Estes elementos permitiram interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para todos. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias e doenças cerebrais, entre outras, e, em geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes pacientes da área da abrangência da UBS. Isto foi considerado um passo de avanço num melhor trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e outros gestores da comunidade.

Conseguimos uma integração do trabalho de toda a equipe durante a intervenção, importante para o serviço no atendimento destes usuários. Com isto, melhorou a organização, já que foram agendados os atendimentos dos usuários porque eles tinham por costume chegar e receber os medicamentos na farmácia da UBS. E, com o agendamento, sabem quando tem que voltar de novo, porque tem que vir às consultas de acompanhamento, importância de assistir sempre as mesmas para um melhor controle da doença e estiveram controlados ou não.

A comunidade, de forma geral, não tem muito conhecimento ainda sobre a intervenção, só aqueles familiares dos usuários hipertensos e diabéticos que foram visitados pelos problemas de acessibilidade ao Serviço. Mas, o principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para a ampla divulgação na região.

A intervenção não fez que existissem problemas durante o atendimento dos usuários na UBS no momento das consultas porque aqueles cidadãos hipertensos e diabéticos foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos três turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

No caso se eu fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente. Isto é, após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores, seria feito uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, assim todos saberiam sobre a intervenção e contariam

com ajuda deles e, assim, haveria mais incorporação de usuários nas atividades da intervenção.

Em relação com a viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do Serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na UBS, só que com poucos usuários. Agora, estão aumentando a quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS e, assim, num futuro melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será aumentar mais a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, incorporar toda a comunidade no programa de hipertensão e *diabetes mellitus*, realização de palestras e atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim como criar outros grupos com a finalidade de integrar mais aos diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

5. Relatório da intervenção para os Gestores

Nossa equipe, a ESF Nossa Senhora Aparecida da UBS do município de Cotiporã, foi envolvida na realização de um trabalho de intervenção em Atenção Básica na população-alvo de HAS e DM na respectiva Unidade de Saúde. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Nós adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013, que são protocolos do Ministério da Saúde. A atividade de intervenção foi realizada no período de quatro meses em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção, na organização e gestão do serviço foram propostas cinco ações e cumpridas. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, assim como foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da Unidade de Saúde, cadastrando 595 usuários de uma estimativa para o cadastro de 596 usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas nas segundas-feiras, também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção, traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido, a cobertura do programa de hipertensão e diabético cadastrados na intervenção foram usuários hipertensos 575 (96,5%) e diabéticos 101 (68,7%), a intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, obtendo os resultados seguintes.

Todos os usuários atendidos hipertensos e diabéticos tem ficha de acompanhamento presta para fazer o acompanhamento deles durante longo tempo, foi garantida a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, tais como hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicerídeos.

Dos 575 usuários hipertensos atendidos na intervenção, 533 tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, representando 93,3% e dos 101 usuários diabéticos 95 (94,1%) tiveram prescrição. Foi garantido o atendimento odontológico na UBS aos usuários que precisaram realizar atendimento com o dentista. Nisto, no último mês da intervenção foram acompanhados 287 (49,9 %) usuários hipertensos e 37 (36,4%) diabéticos, na busca ativa dos usuários faltosos, a consulta atendimento na UBS foi concluída na intervenção com 189 (97,9 %) usuários hipertensos e 33 (97,1%) diabéticos da área de abrangência faltosos as consultas.

Nos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizada a estratificação do risco cardiovascular e foram classificados em baixo, moderado ou alto risco. E, aqueles que tinham mais risco, tiveram maior número de consultas planejadas e acompanhamento com especialista.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos em usuários hipertensos e/ou diabéticos, garantida as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e de ter uma saúde bucal adequada.

Resumindo, com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, o cadastramento foi possível através da busca ativa de pessoas faltosas às consultas e pesquisa ativa na comunidade. A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos, realização de exames complementares, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão deles ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações. A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais são suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc. E, de forma geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS.

A Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para trasladar-nos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e, também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários.

6. Relatório da intervenção para a comunidade

A ESF Nossa Senhora Aparecida da UBS do município de Cotiporã realizou recentemente um trabalho de intervenção no período de 4 meses (16 semanas) em conjunto com os principais gestores da comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

Para a realização deste trabalho, chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde nos usuários hipertensos e diabéticos, atividades como educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de assistir às consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de assistir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo todos os danos provocados por o tabagismo.

Nosso objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Nossa Senhora de Saúde

para melhorar a saúde dos usuários com estas doenças atendidos ou seja, aumentar quantidade de usuários que sofrem destas doenças para que recebam atendimento na Unidade de Saúde. Para isto, foi necessário fazer busca ativa deles, cadastrar a maior quantidade. Sabendo que esta doença como a hipertensão arterial, por vezes, cursa de forma assintomática e o usuário ou paciente pode estar apresentando cifras de pressão arterial elevadas.

No final da intervenção foram cadastrados 595 usuários. Destes, foram hipertensos cadastrados 575 para um 96,5%. Lembrando que tínhamos proposto alcançar um 100% mas não foi atingido. E, usuários diabéticos foram 101 para um 68,7% da área de abrangência de 20 anos de idade e mais.

Eles e seus familiares receberam educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes. Aqueles pacientes que não conseguiam chegar até o Serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelo ACS, como, por exemplo, nos idosos acamados e outros menos idosos que tinham dificuldades para locomover até a Unidade de Saúde. Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico. Todos tiveram direito a realização

de exames complementares pelo SUS, garantido por a Secretaria de Saúde do Município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na Unidade de Saúde e outros, com prescrição médica, foram comprados na Farmácia Popular do Município na mesma cidade.

Foram preenchidos e completados os dados nas fichas individuais de cada um dos pacientes nas consultas da UBS e receberam acompanhamento segundo os protocolos do Ministério de Saúde.

Foi realizada avaliação de risco cardiovascular e, no caso daqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença, tiveram atendimento e seguimento com maior número de consultas e visitas domiciliares, assim como também foram encaminhados para avaliação pelo cardiologista.

Foi garantida a orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com o nutricionista da Unidade de Saúde. Também, foi garantida a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mas a intervenção tem enfoque para os familiares dos usuários também e os próprios cidadãos usuários, o que poderia ser melhorado. A intervenção não gerou problemas para os demais pacientes devido que eles foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde e de noite, no qual tem menor fluxo de demanda espontânea e outros no horário da manhã com consulta de agendamento. Embora a intervenção não tenha sido divulgada nas comunidades, os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela.

Por enquanto, estão dadas todas as condições para continuar trabalhando no Programa de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde. Para isto, temos que continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras com o grupo de hipertensos e diabéticos, com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

7. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

No início do período de estudo foi muito difícil conseguir a compreensão do curso de especialização à distancia porque nunca tive uma forma assim de ensino e as dificuldades do idioma influenciaram muito. Achava que não conseguiria obter os objetivos propostos. Também o problema de conhecimento certo da comunidade da área de abrangência foi sendo um fator complicador, mas tudo foi melhorando no trajeto das semanas de estudo, com as atividades feitas, como: visitas domiciliares, interagindo com a Secretaria de Saúde, a coordenadora da UBS, ACS, os gestores e a equipe de saúde. Assim, foi possível ir obtendo um maior conhecimento da população, incluindo os principais problemas de saúde, as preocupações, assim foi gostando do trabalho na UBS.

Com a escolha do foco de intervenção nas doenças hipertensão arterial e diabetes para a realização do trabalho de intervenção, os estudos da prática clínica em cada unidade do curso e a realização dos TQC, foi possível melhorar meus conhecimentos dos protocolos de atendimento no Brasil sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus, incluindo outras doenças muito frequentes no município. Assim, percebo que isto foi de grande importância porque obrigaram a ter sistematicidade no estudo e, na atualidade, meu desenvolvimento nas consultas com os usuários é melhor e mais qualificado.

Contudo, observo ser importante ter feito o estudo dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS porque conseguimos um aumento na cobertura na área de abrangência da UBS e melhorar qualidade de vida dos usuários, mudando modos e estilos de vida e qualidade do atendimento dos cidadãos que sofrem destas doenças. A possibilidade de ensinar a família a ter mais responsabilidade no cuidado deles foi obtida com realização de atividades de educação e promoção em saúde.

Soubemos quais são as atribuições dos profissionais da equipe de saúde segundo os protocolos do Ministério de Saúde em relação ao cadastro, acompanhamento, tratamento e suas complicações, o relacionamento com a equipe de saúde foi importante obtendo uma melhor organização no trabalho

da equipe, fortalecendo mais ainda o trabalhando em conjunto e fiz que a equipe fosse olhada como um pilar importante na tomada de decisões para melhoraria da situação de saúde da comunidade em conjunto com principais gestores da comunidade.

Foi fundamental aprender a organizar um processo de intervenção na comunidade, o que poderá ser utilizado nas futuras intervenções e em outros programas do Ministério de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

COSTA, J.S.D.; BARCELLOS, F.C.; SCLOWITZ, M.L.; SCLOWITZ, I.K.T.; CASTANHEIRA, M.; OLINTO, M.T.A.. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **ArqBrasCardiol**, v. 88. n. 1, p.59-65, 2007.

CESARINO, C.B.; CIPULLO, J.P.; MARTIN, J.F.V.; CIORLIA, L.A.; GODOY, M.R.; CORDEIRO, J.A.. Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **ArqBrasCardiol**, v. 91, n.1, p.31-35, 2008.

ROSÁRIO, T.M.; SCALA, L.C.N.S.; FRANÇA, G.V.A.; PEREIRA, M.R.G.; JARDIM, P.C.B.V.. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **ArqBrasCard**,v.93, n.6, p.672-678, 2009.

Apêndices

Apêndice “A” – Registros de imagens da intervenção

Visita domiciliar atuando junto com o psicólogo e a enfermeira do Serviço



Reunião da Equipe para dialogar sobre as ações da intervenção



Avaliação de usuária hipertensa com dificuldade de locomoção

Anexos



Anexo “A” – Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo “B” – Planilha de coleta de dados

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								

O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo "C" – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel



Anexo “D” - Termo de responsabilidade livre e esclarecido para uso de fotografias

Eu, (Rodolfo Reyes Cruz), (Doutor em medicina) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Rodolfo Reyes Cruz

Nome

Contato:

Telefone: (54 96423579)

Endereço Eletrônico: rodolfo67@yahoo.com.br

Endereço físico da UBS: Rua, Padre Eugênio Medichesky, 90 centro, Cotiporã, R/S

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Rodolfo Reyes Cruz, documento Trabalho de Conclusão de Curso declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
